



Ricardo Motta Veiga Themudo de Castro

Mestre em História e Filosofia da Ciência

**A ESCOLA DE MEDICINA TROPICAL DE LISBOA
E A AFIRMAÇÃO DO ESTADO PORTUGUÊS
NAS COLÓNIAS AFRICANAS
(1902-1935)**

Dissertação para obtenção do Grau de Doutor
em História, Filosofia e Património da Ciência e da Tecnologia

Orientador: Isabel Maria da Silva Pereira Amaral,
Professora Auxiliar, FCT/UNL

Júri:

Presidente: Prof. Doutor António Manuel Dias de Sá Nunes dos Santos

Arguentes: Prof. Doutor Luís Miguel Nunes Carolino

Prof. Doutor Jorge Beirão de Almeida Seixas

Vogais: Prof^a. Doutora Ana Leonor Dias da Conceição Pereira

Prof. Doutor José Luís Toivola Câmara Leme

Prof^a. Doutora Maria Rita Robles Monteiro Lino Garnel



Dezembro de 2013

A ESCOLA DE MEDICINA TROPICAL DE LISBOA E A AFIRMAÇÃO DO ESTADO
PORTUGUÊS NAS COLÓNIAS AFRICANAS (1902-1935)

“Copyright”

Ricardo Motta Veiga Themudo de Castro
Faculdade de Ciências e Tecnologia
Universidade Nova de Lisboa

A Faculdade de Ciências e Tecnologia e a Universidade Nova de Lisboa têm o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objectivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Agradecimentos

A dissertação aqui apresentada foi elaborada com o contributo, apoio e incentivo de várias pessoas, a quem exprimo agora a minha gratidão.

À Isabel pelos seus conselhos e sabedoria; e pela disponibilidade e amizade revelada em todos os momentos deste meu percurso.

Aos Pais, por me apoiarem em todos os momentos, por aceitarem as minhas opções profissionais, sabendo que o caminho a percorrer é e será sempre exíguo.

Ao Bruno Barreiros, pela amizade, pelas múltiplas conversas sobre tudo, pelos comentários certos.

Ao Fernando, Catarina e Diniz, pela amizade, por regozijarem com os obstáculos que fui ultrapassando ao longo desta longa jornada, por manifestarem um interesse diário pelo meu trabalho.

À Marta, ao Bruno Navarro e ao tio António Maria, pelos seus contributos.

A todos os membros do Journalclub, a quem devo uma parte do meu crescimento intelectual, que me ajudou a ir além do meu tema de investigação, pelo espírito de companheirismo. Aos muitos bibliotecários e arquivistas que revelaram uma grande disponibilidade para prestar esclarecimentos, especialmente aos da biblioteca da S.G.L.

À família, aos amigos, à Avó, ao Vicente, Francisco, Rita, Pedro, Maria Teresa, Tó, Zeca, Inês e Mená, pelo conforto emocional, que se revelou essencial em inúmeros momentos.

À Rita e à Inês, que me fazem sentir orgulhoso e amado.

Resumo

Este trabalho pretende reflectir sobre o modo como a Escola de Medicina Tropical de Lisboa e o Estado português se constituíram como aliados na projecção da autoridade sobre as colónias africanas entre 1902 e 1935, na confluência sinérgica das agendas científica e política, no contexto do imperialismo europeu. Neste período impunha-se ao Estado português – por razões internas e diplomáticas, territorialistas e civilizacionais – desenvolver um aparato burocrático capaz de fazer frente à epidemia de doença do sono que afectou as suas principais colónias africanas. O conjunto de recursos materiais e retóricos que as autoridades metropolitanas colocaram à disposição da Escola revelaram-se determinantes para esta disseminar a sua perspectiva científica e sanitária pelos diferentes órgãos do Estado imperial e, assim, exercer uma função de ordenação e regulação da actividade profissional dos médicos dos quadros de saúde das colónias. A disponibilidade de recursos que permitiram à Escola reforçar a governabilidade da administração colonial portuguesa e, em particular, a liderança exercida pela metrópole sobre as políticas sanitárias dos governos coloniais acabaram por oscilar, sobretudo, em função das prioridades políticas assumidas pelos diferentes regimes que governaram o País.

Foram utilizados os critérios e metodologia definidos na literatura para a análise do conceito de autoridade na ciência e na medicina, bem como do posicionamento da medicina tropical e das suas instituições, na intersecção das agendas científica e política, no contexto colonial europeu no século XX, no qual se insere o caso português. Privilegiaram-se os arquivos portugueses e sobretudo as suas fontes documentais, para permitir a reconstituição das relações que a Escola de Medicina Tropical estabeleceu com a Repartição de Saúde da Secretaria de Estado dos Negócios da Marinha e Ultramar (ou os serviços técnicos congéneres que surgiram posteriormente), com a comunidade internacional e com os serviços de saúde das colónias africanas. Foram consultados o Arquivo Histórico Ultramarino, as bibliotecas do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, da Sociedade de Geografia de Lisboa, da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa e a Biblioteca Nacional de Portugal. Não foi possível aceder à documentação interna da Escola, como sejam os livros de actas referentes à sua administração, o que limitou em muitos aspectos a profundidade da análise pretendida para este estudo.

Palavras-chave: Escola de Medicina Tropical de Lisboa, Doença do sono, Serviços de Saúde colonial, Administração colonial, Autoridade

Abstract

The goal of this work is to reflect on the way how the Lisbon Tropical Medicine School and the Portuguese State constituted themselves as allies in projecting authority over the African colonies between 1902 and 1935, in the synergetic confluence of the scientific and political agendas, of the European imperialism context. In this period the Portuguese State was compelled – for internal and diplomatic, territorial and civilizational reasons – to develop a bureaucratic apparatus capable of facing the sleeping sickness epidemic that affected his main African colonies. The set of material and rhetorical resources that the metropolitan authorities put at the School's disposal were of paramount importance in order to disseminate its sanitary and scientific perspective throughout the different organs of the Imperial State and, thus, exercise the function of coordination and regulation of the professional activities of the colonies health cadre's physicians. The availability of resources allowed the School to reinforce the governability of the Portuguese colonial administration and, in particular, the metropolis leadership over the sanitary policies ended up fluctuating, especially, according to the political priorities assumed by the different regimes that governed the Country.

The criteria and methodology used were those defined in the literature for the analysis of the concept of authority in science and in medicine, as well as the positioning of tropical medicine, and its institutions, in the intersection of the scientific and political agendas in the 20th century European colonial context, in which the Portuguese case is included. Portuguese archives were privileged, and especially its documental sources, with the purpose of reconstructing the relations that the School of Tropical Medicine established with the Health Bureau of the Naval and Overseas Affairs State Department (or its peer technical services that arose later), with the international community and with the African colonies health services. The Historical Overseas Archive and the libraries of the Tropical Medicine and Hygiene Institute, of the Lisbon Geography Society, of the Lisbon Medical Sciences Society and the National Library were consulted. It was not possible to access the internal documentation of the School, such as the minute books related to its administration, which in many aspects limited the depth of the desired analysis for this study.

Key words: Lisbon Tropical Medicine School, Sleeping sickness, colonial Health Services, colonial Administration, Authority

Índice de matérias

“Copyright”	iii
Agradecimentos.....	v
Resumo	vii
Abstract.....	ix
Índice de matérias.....	xi
Índice de Figuras	xiii
Lista de Abreviaturas.....	xv
Prefácio.....	xvii
Capítulo 1. Medicina e Império: a medicina tropical na agenda colonialista europeia	1
Capítulo 2. A criação da Escola de Medicina Tropical de Lisboa e a afirmação da sua autoridade (1902-1913).....	31
Capítulo 3. O declínio da Escola de Medicina Tropical de Lisboa e a reorganização dos projectos sanitários das colónias (1913-1925)	67
Capítulo 4. A Escola de Medicina Tropical de Lisboa - a reafirmação do seu projecto político e científico (1925-1935)	91
Conclusões	121
Fontes e Bibliografia	131

Índice de Figuras

Figura 2.1. Edifício da Cordoaria Nacional onde se encontrava instalada a Escola de Medicina Tropical de Lisboa.

Figura 2.2. Fotografia de Ayres Kopke.

Figura 2.3. Ofício do Director da Escola de Medicina Tropical dirigido ao Director-geral do Ministério das Colónias, 16 Maio 1911.

Figura 3.1. Fotografia de António Damas Mora.

Figura 3.2. Fotografia dos funcionários do Serviço de Saúde de Angola reunidos para receber o Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental em Luanda (1923).

Figura 3.3. Concentração de nativos infectados com a doença do sono para receberem cuidados médicos por parte dos médicos da missão de estudo e combate à doença do sono, liderada por Carlos de Almeida.

Figura 4.1. Doente acompanhado pela missão da EMT enviada a Moçambique em 1928.

Figura 4.2. *A Província de Angola*, 30 de Outubro de 1928.

Figura 4.3. Informação da Secção Técnica de Saúde do Ministério das Colónias à Direcção Geral dos Serviços Centrais, 23 de Janeiro de 1932.

Lista de Abreviaturas

AHU – Arquivo Histórico Ultramarino

DGC - Direcção Geral das Colónias

DGCO – Direcção Geral das Colónias do Oriente

DGU – Direcção Geral do Ultramar

EMT – Escola de Medicina Tropical

HC – Hospital Colonial

MC – Ministério das Colónias

AMI – Assistência médica ao indígena

SdN – Sociedade das Nações

SGL – Sociedade de Geografia de Lisboa

Prefácio

O presente estudo está dividido em quatro capítulos. O primeiro, introdutório, faz uma análise do conceito de autoridade, seguido de uma contextualização histórica da emergência e consolidação da disciplina de medicina tropical e do Estado imperial português no âmbito do imperialismo europeu do final do século XIX e do século XX. Os seguintes analisam o efeito exercido pela mudança de um conjunto de variáveis de natureza política, diplomática, administrativa, sanitária e científica, de proveniência colonial, metropolitana e internacional, sobre o diálogo que a Escola de Medicina Tropical de Lisboa estabeleceu com diversos órgãos da administração colonial portuguesa entre 1902 e 1935, nomeadamente no que concerne às opções tomadas em matéria de política colonial, e no que concerne ao estudo e combate à doença do sono, pela Monarquia Constitucional, Primeira República, Ditadura Militar e pelo Estado Novo.

O primeiro capítulo começa por analisar conceito de autoridade, realçando que a sua afirmação e consolidação é o resultado de um processo histórico e socialmente dependente. Prossegue com a apresentação dos múltiplos factores políticos e sanitários que geraram um contexto favorável à fundação de um conjunto de instituições vocacionadas para o ensino e para a investigação no âmbito das patologias exóticas. Em seguida, enumeram-se os diversos argumentos que esses estabelecimentos metropolitanos mobilizaram para se afirmarem como instituições de referência junto das autoridades imperiais, em particular no que concerne à definição das estratégias nacionais de estudo e de combate à doença do sono, pelo facto desta doença constituir um dos principais flagelos de saúde pública em África, naturalmente impeditivo do processo colonizador.

O capítulo termina com uma análise dos principais factores e episódios históricos, coloniais, metropolitanos e internacionais, que interferiram com o desenvolvimento do aparato burocrático do Estado imperial português. Durante o período de existência da Escola de Medicina Tropical de Lisboa, entre 1902 e 1935, as autoridades portuguesas agiram de acordo com as exigências territorialistas e civilizacionais da agenda imperial europeia, procurando, com esse fim, desenvolver uma administração colonial em África capaz de projectar o poder e a cultura da metrópole sobre os territórios ultramarinos. No final da Monarquia Constitucional e, posteriormente, durante a vigência da Ditadura Militar e do Estado Novo as autoridades portuguesas assumiram uma postura mais autoritária e centralizadora. Já durante a Primeira República o modelo de governação adoptado atribuiu maiores poderes às autoridades das colónias.

O segundo capítulo procura reflectir sobre o modo como a Escola contribuiu para reforçar o controlo político e administrativo exercido pelas autoridades metropolitanas sobre os seus funcionários dos quadros de saúde das suas colónias africanas, em particular de Angola e São Tomé e Príncipe, no período compreendido entre a criação da Escola e o seu afastamento institucional da estrutura do Ministério das Colónias (1902-1913). São apresentadas as circunstâncias que resultaram na decisão política de fundar a Escola de Medicina Tropical em Lisboa, atendendo aos problemas diplomáticos e profissionais que se colocaram com o alastramento da doença do sono em Angola, e igualmente, com a precariedade política em que se encontrava o regime monárquico no início do XX para cumprir a agenda colonial europeia, isto é, para ocupar e exercer um controlo efectivo sobre as suas colónias africanas. Reflecte-se sobre o esforço realizado pelos responsáveis pela Escola junto das autoridades imperiais portuguesas com o objectivo de criar condições para prosseguir com o ensino e a investigação e para fazer valer a sua autoridade científica e sanitária nos órgãos do Estado. A Escola obteve reconhecimento na comunidade científica internacional pelas pesquisas desenvolvidas no âmbito da terapêutica da doença do sono, mercê dos meios que o Estado lhe foi concedendo para exercer a sua actividade científica e de ensino, como sejam a organização de missões, a publicação de uma revista científica e o apoio logístico. Neste período a Escola foi capaz de adquirir e projectar a sua autoridade científica, o que lhe permitiu orientar as estratégias adoptadas para o estudo e o combate à doença do sono nas colónias portuguesas e assumir o encargo de vigiar e de regular a probidade técnica e científica dos médicos dos quadros de saúde das colónias africanas.

No capítulo três são analisados os motivos que foram responsáveis pela diminuição da relevância científica e política da Escola no universo colonial português ao longo do período que se iniciou com a mudança de tutela ministerial, ocorrida em 1913, e que se estendeu até 1925, aquando da sua reaparição como representante do governo português na Primeira Conferência Internacional sobre a Doença do Sono, organizada pela Sociedade das Nações. É analisado o processo de reorganização da administração colonial levada a cabo pelo regime republicano (termos e motivações) e faz-se uma reflexão sobre as implicações que a diminuição da actividade da Escola teve sobre a sua visibilidade científica e política. Discute-se também a importância dessas transformações para a afirmação de novos protagonistas no seio da administração da saúde pública dos territórios ultramarinos portugueses. Constata-se, pela análise do caso de Angola, que a comunidade médica não só encetou um processo de redefinição dos termos em que passou a ser exercida e regulada a sua actividade profissional, como as autoridades sanitárias da colónia assumiram as despesas do estudo e do combate à doença do sono, libertando-se assim da dependência da metrópole. A Escola, por seu turno, viu

acentuar-se a sua missão, ainda que globalmente mais limitada, no que refere à formação especializada de médicos na metrópole.

O último capítulo reflecte sobre o processo de reafirmação da Escola no período compreendido entre 1925 e 1935, quando a Escola deixou de existir e foi substituída pelo Instituto de Medicina Tropical. Este foi marcado de novo por uma participação regular nos grandes encontros médicos e científicos internacionais e pela reafirmação da liderança política da metrópole em relação aos governos ultramarinos. Com a ascensão da Ditadura Militar assiste-se à recuperação de um regime de administração colonial mais centralizador e dirigista, acompanhado, mais uma vez, de uma alteração nas prioridades sanitárias e dos agentes que as protagonizaram. A Escola, enquanto instituição anexa à administração metropolitana, aproveitou as condições políticas e científicas favoráveis para se afirmar novamente no plano nacional e internacional. Os seus professores voltaram assim a adquirir um certo poder sobre os médicos e sobre a actividade dos quadros de saúde das colónias de África.

Este estudo permitiu concluir, em primeiro lugar, que a Escola de Medicina Tropical de Lisboa dotou a administração colonial portuguesa de um instrumento capaz de apresentar soluções técnico-científicas para os problemas sanitários das colónias e para prestigiar um Estado que se encontrava atravessado por uma crise de autoridade e revelava grandes dificuldades para impor a sua agenda territorialista e “civilizadora”. Em segundo lugar, que esta instituição alcançou um lugar proeminente no exercício de regulação da actividade dos profissionais de saúde dos quadros dos serviços de saúde da administração colonial portuguesa, colaborando sobretudo com o governo central para assegurar, num contexto de ocupação e expansão dos seus serviços administrativos, que as autoridades de saúde respeitavam a estrutura de comando. Finalmente, o protagonismo político e científico da Escola oscilou em função das opções políticas adoptadas pelos diferentes regimes políticos que governaram Portugal durante o período de existência da referida instituição. Esta adquiriu e perdeu centralidade política e científica quando a lógica de governação foi centralista ou descentralizadora, respectivamente. Em suma, a Escola contribuiu para o desenvolvimento da máquina política e burocrática da administração colonial portuguesa, ou seja, para a afirmação do Estado Português nos territórios ultramarinos de África.

Capítulo 1. Medicina e Império: a medicina tropical na agenda colonialista europeia

A história da medicina e da ciência têm vindo a atribuir um lugar central nas suas narrativas a noções como as de autoridade, credibilidade, confiança, legitimidade e poder. Por detrás da crescente utilização destes termos está o entendimento de que a produção, a manutenção, a disseminação e a substituição de certas teorias ou práticas médicas e científicas, são fenómenos resultantes das relações de poder, ou de autoridade, que se estabelecem entre os profissionais e instituições médicas e científicas e, igualmente, através das suas relações com actores que não pertencem à comunidade científica.¹ Steven Shapin, por exemplo, ao constatar que a ciência não pode prescindir de testemunhos nos seus processo de produção, validação e disseminação do conhecimento, refere que os membros da comunidade científica servem-se de inúmeros meios e estratégias para afirmar e assegurar a sua credibilidade.² Mario Biagioli, por seu turno, indica que Galileu adoptou diversas estratégias para, através do uso dos seus “instrumentos de crédito”, maximizar a sua credibilidade junto dos seus leitores, colaboradores e patronos.³ Bruno Latour, ao analisar os esforços conduzidos por Pasteur, e pelos seus colaboradores e apoiantes, realça a importância da mobilização do maior número de meios materiais e retóricos, científicos e políticos, para formar uma rede de aliados onde as suas teorias microbiológicas se tomaram por indisputáveis.⁴ Martin Rudwick demonstra que, para além da adopção de novas metodologias científicas, outros aspectos sociais, económicos e profissionais, nacionais e transnacionais, se revelaram determinantes para a validação do conhecimento, em particular, para encerrar a “grande controvérsia sobre o Devónio”, organizando dessa forma a prática geológica do final do século XIX.⁵

A partir do final do século XIX a participação dos médicos na organização e funcionamento do Estado foi adquirindo cada vez maior relevância. Segundo Sheila Jasanoff foi nesse período que o tema da especialização administrativa começou a adquirir protagonismo, fazendo surgir um conjunto de indivíduos cada vez mais preocupados com a regulação das competências dos especialistas, a quem eram delegadas responsabilidades e atribuído maior poder de intervenção sobre as sociedades.⁶ Para Maria Rita Garnel foi no seio do próprio Estado que as profissões

¹ Jasanoff, Sheila, 2004. «The idiom of co-production». In *States of Knowledge. The co-production of science and social order*, eds. Sheila Jasanoff, London: Routledge, p. 4.

² Shapin, Steven. 1994. *A Social History of Truth. Civility and Science in Seventeenth-Century England*. Chicago: Chicago University Press, p. xxv.

³ Biagioli, Mario. 2006. *Galileo's Instruments of Credit. Telescopes, Images, Secrecy*. Chicago: The University of Chicago Press, pp. 1-2.

⁴ Latour, Bruno, 1993. *The Pasteurization of France*. Cambridge: Harvard University Press, pp. 41-43.

⁵ Rudwick, Martin. 1985. *The Great Devonian Controversy. The Shaping of Scientific Knowledge among Gentlemanly Specialists*. Chicago: The University Of Chicago Press.

⁶ Jasanoff, Sheila. 1990. *The Fifth Branch: Science Advisers as Policymakers*. Cambridge: Harvard University Press, p. 6.

modernas se constituíram. Os médicos, em particular, não só conseguiram que as suas propostas de modificação dos comportamentos fossem gradualmente interiorizadas pelas populações, como também que a sua voz fosse ouvida pelas instâncias do Estado.⁷ A medicina não deve ser considerada, portanto, como algo exterior ao poder público, mas sim entendida como um dos factores de governabilidade que permitiu a construção do Estado moderno, designadamente, porque na sua condição de peritos, isto é, de portadores de um saber e de uma competência técnica específica, cujos fundamentos se afirmam ser científicos, acabaram por estar profundamente envolvidos na definição de políticas públicas.⁸ O Estado pôde assim actuar, reconhecendo, do mesmo passo, a competência e o valor social dos médicos e das suas instituições.⁹

Todos estes exemplos partem do pressuposto de que alguém, um grupo ou uma instituição adquire credibilidade, autoridade ou poder - isto é, a capacidade para exercer uma qualquer forma de domínio sobre outros indivíduos, grupos ou tradições¹⁰ - apenas quando é capaz de persuadir a sua audiência e assim constituir uma rede de indivíduos predispostos a agir em conformidade com a ordem estabelecida. Como constata Peter Dear, não há afirmações ou instituições credíveis sem que esteja constituída uma comunidade capaz de lhes conferir esse estatuto.¹¹ No entanto, para além de adoptarem inúmeras estratégias para reforçar a sua autoridade junto das autoridades políticas, económicas e dos membros da sociedade em geral, a medicina e a ciência incorporaram no seu funcionamento interno diversos aparatos de índole simultaneamente científica e administrativa que, como nos dão conta Marie-Noëlle Bourguet, Christian Licoppe e H. Otto Sibum, permitiram aos seus membros persuadirem-se mutuamente e à distância, procurando com isso obter certos graus de coordenação no interior das suas comunidades.¹² Em consonância com esta perspectiva, Mario Biagioli, utilizando como exemplo a evolução histórica do sistema de “peer review”, afirma que, uma vez estabelecida, a manutenção da integridade de qualquer comunidade científica depende da constituição dos seus próprios sistemas de vigilância e regulação, “...simultaneously repressive, productive, and

⁷ Garnel, Maria Rita. 2003. «O poder intelectual dos médicos nos finais do século XIX». *Separata da Revista de História das Ideias*, vol. 24, p. 252.

⁸ *Idem*, pp. 217-218.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ Esta definição de poder foi retirada do estudo efectuado por Penelope Corfield sobre a ascensão social e política das profissões em Inglaterra entre o século XVIII e XIX, no qual se inclui a profissão médica. Ver Corfield, Penelope, 1995. *Power and the professions in Britain, 1700-1850*. London: Routledge, p. 1.

¹¹ Dear, Peter. 2004. «Mysteries of state, mysteries of nature: authority, knowledge and expertise in the seventeenth century». In *The co-production of science and social order*, eds. Sheila Jasanoff, London: Routledge, p. 208.

¹² Bourguet, Marie-Noëlle ; Licoppe, Christian e Sibum, H. Otto. 2002. «Introduction». In *Instruments, Travel and Science. Itineraries of precision from the seventeenth to the twentieth century*, eds. Marie-Noëlle Bourguet; Christian Licoppe e H. Otto Sibum, London: Routledge, pp. 8-10.

constitutive of their knowledge.”¹³ Em suma, as soluções para o problema do conhecimento são sempre soluções para o problema da ordem social.¹⁴

Na transição do século XIX para o século XX, no contexto do imperialismo europeu, a medicina desenvolveu uma retórica muito própria, assente nos conceitos de autoridade, credibilidade, confiança, legitimidade e poder na relação medicina/império.¹⁵ Os Estados imperiais europeus, movidos por uma larga ambição territorial e uma sobrançeria civilizacional, entraram no século XX convencidos de que para se instalarem em África tinham de exercer todos os esforços para aí edificarem mecanismos administrativos e ideológicos de dominação do território e das populações que nele habitavam.¹⁶ Todavia viram-se confrontados com inúmeros obstáculos de natureza política, diplomática, administrativa e também científica e sanitária.¹⁷ De facto, neste período uma vasta região da África subsaariana foi assaltada com severidade por um grave surto epidémico de doença do sono, que, numa primeira fase, se alastrou apenas para a colónia de Angola e para a Ilha do Príncipe e, posteriormente se disseminou para certas regiões das colónias de Moçambique e Guiné.¹⁸ A gravidade da epidemia não só dificultava o cumprimento da agenda de ocupação como, por não respeitar as fronteiras políticas negociadas pelas potências imperiais europeias, exigiu uma intensa coordenação e cooperação internacional.¹⁹ Esse crescente interesse pelo continente africano ofereceu condições políticas favoráveis a um pequeno grupo de médicos e cientistas das metrópoles europeias para aí fundarem instituições vocacionadas para o ensino e investigação das patologias exóticas, que se revelaram determinantes para a emergência da medicina tropical como área disciplinar autónoma.²⁰ Por outro lado, esse processo só foi possível quando eles próprios reuniram uma série de atributos que lhes permitiu convencer as autoridades imperiais da sua utilidade enquanto ferramenta de

¹³ Biagioli, Mario. 2002. «From Book Censorship to Academic Peer Review». *Emergences*, vol. 12, nº 1, p. 11.

¹⁴ Shapin, Steven e Schaffer, Simon. 1985. *Leviathan and the Air-Pump. Hobbes, Boyle, and the Experimental Life*. Nova Jersey: Princeton University Press, p. 332.

¹⁵ Para uma análise sumária das problemáticas que têm sido abrangidas pela história da medicina tropical e colonial ver Worboys, Michael. 2004. «Colonial and imperial medicine». In *Medicine Transformed. Health, Disease and Society in Europe, 1800-1930*, ed. Deborah Brunton, Manchester: The Open University, pp. 211-238.

¹⁶ Para uma análise de vários episódios que catapultaram os interesses das potências europeias pelo continente africano, ver Foeken, Dick. 1995. «On the causes of the partition of central Africa, 1875-85». *Political Geography*, vol. 14, nº 1, pp. 80-100.

¹⁷ Para uma análise sumária do caso português ver Alexandre, Valentim. 2000. «O império Africano (Séculos XIX e XX). As linhas gerais». In *O Império Africano (Séculos XIX e XX)*, coord. Valentim Alexandre, Lisboa: Edições Colibri, pp. 11-28.

¹⁸ Shapiro, Martin, 1983. *Medicine in the Service of Colonialism: Medical care in Portuguese Africa, 1885-1974*. Tese de Doutoramento, Los Angeles: University of California, p. 226.

¹⁹ Neill, Deborah, 2012. *Networks in Tropical Medicine. Internationalism, Colonialism, and the Rise of a Medical Specialty, 1890-1930*. Stanford: Stanford University Press, p. 12.

²⁰ Worboys, Michael, 1976. «The Emergence of Tropical Medicine: a Study in the Establishment of a Scientific Specialty». In *Perspectives on the Emergence of Scientific Disciplines*, eds. Gerard Lemaire; Roy Macleod; Michael Mulkay e Peter Weingart, Paris: The Hague, pp. 75-98.

governação dos impérios. Efectivamente, este grupo de médicos e de estabelecimentos metropolitanos desenvolveram novas formas de interpretar, investigar e lidar com certas patologias existentes nos territórios ultramarinos,²¹ que, desde então, se passariam a designar por patologias exóticas ou tropicais.²²

Para Kirk Arden Hoppe a criação de condições mais favoráveis para a afirmação da comunidade médica junto das autoridades políticas resultou da alteração da agenda imperial de conquista para a de ocupação ocorrida no final do século XIX e no início do século XX.²³ Segundo Worboys a medicina tropical surgiu na Grã-Bretanha na esteira da sua agenda colonial específica, o “constructive imperialism”, isto é, no quadro de uma política de desenvolvimento material conduzida pelo Estado inglês com vista a abrir as colónias ao capital privado e à iniciativa individual.²⁴ Os Europeus estavam ainda persuadidos de que a sua acção colonial estava imbuída de uma “missão civilizacional”, isto é, que lhes cabia a responsabilidade de melhorar as condições de vida moral e material das populações nativas, contando para tal, a par da educação, do trabalho, do conhecimento científico e da religião, com a medicina. Esperavam que, através da sua vocação humanitária e educativa, contribuísse para elevar a condição do nativo à imagem das tradições e da cultura europeia.²⁵ Sobre este assunto Kirk Arden Hoppe acrescenta que o contraste entre a violência dos métodos usados na ocupação e os intuítos civilizacionais que, segundo os próprios, movia os europeus, gerou um contexto de ambiguidade moral e política propício para a afirmação dos médicos nas colónias.²⁶ Na sua perspectiva o método científico revelou-se determinante para difundir a ideia entre as autoridades políticas de que os profissionais e as instituições da disciplina de medicina tropical se encontravam movidos por intenções humanitárias e que a sua acção se baseava em juízos objectivos e imparciais.²⁷

Para além dos factores de carácter ideológico, a medicina foi também chamada para resolver aspectos de índole mais prática. Os europeus confrontados com uma população insubmissa

²¹ Haynes, Douglas. 2001. *Imperial Medicine. Patrick Manson and the Conquest of Tropical Diseases*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; Worboys, Michael. 1988. «Manson, Ross and colonial medical policy: tropical medicine in London and Liverpool». In *Disease, Medicine and Empire. Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion*, eds. Roy Macleod e Milton Lewis. London: Routledge, pp. 21-37.

²² Worboys, Michael. 1993. «Tropical Diseases». In *Companion Encyclopedia of The History of Medicine*, ed. W. F. Bynum e Roy Porter, vol. 1, London: Routledge, pp. 512-536 e Worboys, Michael. 1996. «Germs, Malaria and the invention of Mansonian Tropical Medicine: From ‘Diseases in the Tropics’ to ‘Tropical Diseases’». In *Warm climates and Western Medicine: The emergence of tropical medicine, 1500-1900*, ed. David Arnold, Amsterdam: Rodopi, pp. 181-207.

²³ Hoppe, Kirk. 2003. *Lords of the fly. Sleeping Sickness Control in British East Africa, 1900-1960*. Westport, Connecticut: Praeger, p. 3.

²⁴ Worboys, Michael. 1988. *Op. cit.* (21), p. 25.

²⁵ Neill, Deborah, 2012. *Op. cit.* (19), p. 12.

²⁶ Hoppe, Kirk. 2003. *Op. cit.* (23), p. 4.

²⁷ *Idem*, p. 3.

utilizaram o poder de atracção da medicina como elemento estratégico para reforçar a predisposição dos nativos para aceitar a sua soberania.²⁸ Marynez Lyons, dando como exemplo a colonização do Congo Belga, defende que a presença dos especialistas de medicina tropical no contexto da governação dos impérios se tornou forçosa devido aos inúmeros desequilíbrios sociais e ambientais provocados pelos sistemas de exploração política e económica aplicados pelos europeus em África que, uma vez introduzidos, acabaram por levar à importação de novas doenças e à disseminação de outras.²⁹ As doenças tropicais foram mesmo percepcionadas pelos poderes metropolitanos como uma das ameaças mais graves para os projectos coloniais.³⁰ Aliás, neste período, tal como as populações, o ambiente natural das regiões tropicais era encarado na Europa como uma realidade exótica, largamente desconhecida e ameaçadora, o que, só por si, facilitou a entrada das patologias exóticas no topo da lista dos obstáculos ao cumprimento da agenda colonial europeia.³¹ Contudo, de todas elas, destacam-se os problemas causados pelas tripanosomíases, que se intensificaram consideravelmente na transição do século XIX para o XX e que afectaram o gado e as populações numa porção considerável das regiões africanas a sul do Saara.³²

Martin Shapiro refere que para o caso português há ainda que destacar a importância das pressões criadas pela agenda política internacional, que, na sua perspectiva, se revelaram decisivas no processo de ocupação sanitária das colónias portuguesas e, subsequentemente, pelo protagonismo adquirido pelos médicos nesses espaços. Segundo Martin Shapiro há quatro razões que explicam a extrema sensibilidade revelada pelas autoridades portuguesas às opiniões da comunidade internacional:

- a) Portugal era uma nação com pouco poder e muito dependente das grandes potências, muito particularmente da Inglaterra;
- b) As demais potências, em particular a Inglaterra e a Alemanha, estavam interessadas em retirar a Portugal uma parte das suas colónias e procuravam qualquer pretexto para justificar uma intervenção dessa natureza, por exemplo uma falha ao nível dos direitos humanos;
- c) Em função da fraqueza do capital português, a administração portuguesa prolongou por mais tempo as práticas de trabalho forçado em relação às demais potências;

²⁸ Shapiro, Martin, 1983. *Op. cit.* (18), p. 14.

²⁹ Lyons, Marynez. 1992. *The Colonial Disease: A Social History of Sleeping Sickness in Northern Zaire, 1900-1940*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 2-3, 225.

³⁰ Neill, Deborah, 2012. *Op. cit.* (19), p. 12.

³¹ Stepan, Nancy. 2001. *Picturing Tropical Nature*. London: Reaktion Books e Farley, John. 1991. *Bilharzia. A history of Imperial Tropical Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.

³² Hoppe, Kirk. 2003. *Op. cit.* (23), pp. 5-6.

- d) Finalmente, porque os portugueses foram a última potência imperial a ceder as suas potências, na medida em que consideravam que elas faziam parte integral da nação portuguesa.

Por estes motivos, conclui o autor, o País sentiu-se sistematicamente na obrigação de reagir às acusações provenientes da comunidade internacional.³³

Tal como foi referido anteriormente, o lugar de destaque que os especialistas de medicina tropical assumiram no âmbito da governação colonial não foi apenas fruto de contingências políticas, ideológicas, económicas e ambientais, também se ficou a dever à capacidade de afirmação revelada pelos próprios profissionais e instituições da medicina em geral e da comunidade disciplinar em particular.³⁴ Efectivamente, o conhecimento adquirido sobre o mundo natural, as promessas sanitárias e terapêuticas preconizadas pela aplicação dos novos métodos e, finalmente, o reforço da sua capacidade institucional contribuíram de sobremaneira para a sua afirmação enquanto um grupo com uma identidade própria, cada vez mais confiante nas suas próprias competências e que trataram de explorar politicamente as novas realizações da medicina, da saúde pública e da investigação médica.³⁵ O processo de construção da disciplina de Medicina Tropical não foi alheio a um conjunto de desenvolvimentos teóricos e metodológicos que percorreram a medicina, e outros domínios do conhecimento, ao longo do século XIX e XX, nomeadamente na história natural,³⁶ nas ciências médicas experimentais em geral, e na bacteriologia em particular.³⁷ John Farley, por exemplo, considera que a abordagem naturalista contribuiu significativamente para a criação de disciplinas como a helmintologia, parasitologia, zoologia e entomologia médica e que estas, por sua vez, se revelaram determinantes para a emergência da medicina tropical.³⁸ Diz o mesmo autor que, no que concerne à atribuição de causas biológicas às patologias, esta abordagem constituiu, inclusive,

³³ Shapiro, Martin, 1983. *Op. cit.* (18), pp. 80-81.

³⁴ Sobre o processo de afirmação política e social dos médicos enquanto grupo profissional veja-se Garnel, Maria Rita, 2003. *Op. cit.* (7); Corfield, Penelope J., 1995. *Op. cit.* (10).

³⁵ Sobre os diversos factores sociais, políticos, médicos e científicos que contribuíram para valorizar os médicos enquanto grupo profissional, nomeadamente junto dos poderes políticos, ao longo do século XIX e XX consulte-se Porter, Dorothy. 1999. *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. London: Routledge, pp. 163-277; Latour, Bruno, 1988. *Op. cit.* (4).

³⁶ Farley, John. 1992. «Parasites and the Germ Theory of Disease». *Framing Diseases. Studies in Cultural History*, eds. Charles Rosenberg e Janet Golden, New Brunswick: Rutgers University Press, pp. 33-49 e consultar ainda os vários artigos de Coluzzi, Maio; Gabriel Gachelin; Anne Hardy e Annick Opinel, eds. 2008. *Parassitologia*, vol. 50, nº 3-4.

³⁷ Cunningham, Andrew e Perry Williams, eds. 1992. *The laboratory revolution in medicine*. Cambridge: Cambridge University Press. Sobre a afirmação da bacteriologia em França consulte-se Latour, Bruno. 1988. *Op. cit.* (4). Para uma análise do desenvolvimento da teoria microbiana de doença entre a classe médica Britânica consulte-se Worboys, Michael. 2000. *Spreading Germs. Disease Theories and Medical Practice in Britain*. Cambridge: Cambridge University Press.

³⁸ Li, Shang-Jen. 2002. «Natural History Of Parasitic Disease: Patrick Manson's Philosophical Method». *Isis*, vol. 93, nº 2, pp. 206-228; Haynes, Douglas. 2001. *Op. cit.* (21) e Farley, John. 1992. *Op. cit.* (36).

um movimento prévio e distinto da teoria microbiana ou pasteuriana da doença.³⁹ Ao longo do século XIX a medicina incorporou a experimentação laboratorial nos seus procedimentos de investigação e produção de conhecimento, um aspecto que contribuiu para o desenvolvimento da teoria microbiana das doenças e, de um modo particular para a ascensão da bacteriologia.⁴⁰ Sobre essa matéria, Pedro Ribeiro destaca a função legitimadora assumida pelo laboratório na constituição da referida relação da medicina com a política colonial. Na sua óptica o microscópio, e a adopção de métodos experimentais, não só foram determinantes para a formação da identidade da medicina tropical, como fizeram parte da sua encenação e retórica de afirmação.⁴¹

No âmbito da problemática da etiologia das doenças tropicais, Patrick Manson assumiu um papel pioneiro ao demonstrar que a filaríase (ou elefantíase), para além de uma doença infecciosa causada por um parasita, era disseminada por um vector de uma espécie particular de artrópode.⁴² Após este anúncio outros se sucederam de imediato, nomeadamente sobre a etiologia da malária, da febre-amarela e da doença do sono.⁴³ Todas estas doenças são causadas por microrganismos, na sua grande maioria parasitas, e contam com certas espécies de artrópodes como vectores responsáveis pela sua dispersão.⁴⁴ Patrick Manson encontrou, nesta peculiaridade, uma oportunidade para afirmar a existência de um novo grupo de patologias que devastavam a saúde das populações coloniais e que, dizia, mereciam mais atenção dos seus pares e dos agentes políticos. Desta forma, Manson acabou por se revelar determinante para estabelecer no seio da comunidade médica uma leitura na qual se associavam as doenças parasitárias transmitidas por vectores às regiões de clima tropical, distinguindo-as, desse modo, das doenças causadas por bactérias que, nesta perspectiva, se encontravam distribuídas por todo o globo.⁴⁵ Com este argumento não só conferiu uma identidade específica às patologias exóticas, como encontrou uma justificação para defender a criação de instituições de ensino e de investigação da especialidade.⁴⁶

³⁹ Farley, John. 1992. *Op. cit.* (36).

⁴⁰ Latour, Bruno. 1988. *Op. cit.* (4) e Worboys, Michael. 2000. *Op. cit.* (37).

⁴¹ Ribeiro, Pedro. 2002. *A Emergência da Medicina Tropical em Portugal (1887-1902)*. Tese de Mestrado, Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, p. 98.

⁴² Li, Shang-Jen. 2002. *Op. cit.* (38), Haynes, Douglas. 2001. *Op. cit.* (21) e Farley, John. 1992. *Op. cit.* (36).

⁴³ Worboys, Michael. 1993. *Op. cit.* (22), p. 514.

⁴⁴ A febre-amarela é transmitida por mosquitos contudo é causada por um vírus, constituindo uma das excepções ao carácter parasitológico das patologias tropicais que serviram de modelo para a institucionalização da investigação e do ensino autónomo da medicina tropical.

⁴⁵ Worboys, Michael. 1993. *Op. cit.* (22), pp. 518-524.

⁴⁶ *Idem*, p. 512; Worboys, Michael. 1976. *Op. cit.* (20), pp. 75-98; 536 e Haynes, Douglas. 2001. *Op. cit.* (21), pp. 57-152.

Para além das contribuições de Patrick Manson (1844-1922), ainda se destacaram as de Alphonse Laveran (1845-1922), Ronald Ross (1857-1932), Robert Koch (1843-1910) e David Bruce (1855-1931) no processo de emergência da medicina tropical.⁴⁷ Ao longo de todo este processo de hibridação de teorias, técnicas e metodologias, que se revelou decisivo para a organização cognitiva e, desta forma, para a criação da identidade da nova disciplina, foram crescendo o número de profissionais e entidades que não só desenvolveram investigação no âmbito das patologias exóticas como conduziram ações sanitárias em África de acordo com os preceitos teóricos e metodológicos que tornaram possível a constituição da comunidade disciplinar. Em suma, essa abordagem acabou por se constituir num “filão” científico do qual os referidos médicos acabaram por tirar partido, produzindo investigação médica inovadora baseada na elucidação da etiologia de certas doenças parasitárias animais, obtendo alguns resultados sanitários sonantes, e, sobretudo, servindo-se dos seus êxitos para justificar o quão era imprescindível a sua intervenção enquanto peritos no contexto da administração dos impérios.

Ao longo do período em análise foram fundadas várias instituições, organizados diversos encontros científicos nacionais e internacionais, bem como um conjunto de publicações científicas, que, também eles, se constituíram como elementos determinantes para corporizar, disseminar e alargar os horizontes de investigação da disciplina. Como argumenta Deborah Neill, a cooperação e a articulação dos seus membros num âmbito transnacional foi um elemento chave para reforçar a sua credibilidade e conquistar a atenção das autoridades imperiais:⁴⁸

By networking and collaborating, doctors and scientists did more than just claim their right to a position of power in the new governing structures created by colonial expansion into the tropical world; they also strengthened the authority of their transnational community of scientists more broadly. Their discussions and collaborations had a significant impact on how tropical medicine was introduced and practiced in the colonies.

As primeiras instituições vocacionadas para o ensino e investigação especializada em medicina tropical foram a Escola de Higiene e Medicina Tropical de Liverpool (1898) e a Escola de Medicina Tropical de Londres (1899).⁴⁹ Seguiram-se, de imediato, outras instituições: em 1901

⁴⁷ Cook, Gordon. 2007. *Tropical Medicine: An Illustrated History of the Pioneers*. London: Academic Press.

⁴⁸ Neill, Deborah, 2012. *Op. cit.* (19), p. 11.

⁴⁹ Sobre a história destas duas escolas médicas britânicas ver Power, Helen. 1999. *Tropical Medicine in the Twentieth Century. A History of the Liverpool School of Tropical Medicine, 1898-1990*. London: Kegan Paul Internacional e Wilkinson, Lise e Hardy, Anne. 2001. *Prevention and Cure. The London School of Hygiene and Tropical Medicine. A 20th Century Quest for Global Public Health*. London: Kegan Paul.

foram criados o *Institut für schiffs- und Tropenkrankheiten* em Hamburgo e o *Institut de Médecine Coloniale* em Paris, em 1902 foi criada a Escola de Medicina Tropical de Lisboa (sob a tutela da Secretaria de Estado dos Negócios da Marinha e Ultramar) e em 1906 a Escola de Medicina Tropical de Bruxelas.⁵⁰ Portugal associou-se, deste modo, ao processo de institucionalização da disciplina de medicina tropical que despontava na Europa, que, como algumas das suas congéneres europeias fez da doença do sono uma das suas prioridades científicas, sanitárias e políticas.⁵¹ A Escola portuguesa fez assim parte do grupo pioneiro⁵² de instituições médicas fundadas nas metrópoles europeias, vocacionadas para o ensino e para a investigação médica no âmbito das patologias exóticas, que se coordenaram mutuamente, que se afirmaram junto das autoridades imperiais e influenciaram as políticas sanitárias das colónias, contribuindo com a sua actividade educativa, científica, administrativa e sanitária, como afirmou David Arnold, para reforçar a governabilidade dos territórios ultramarinos.⁵³

Do ponto de vista dos encontros internacionais, sobretudo no que se refere à investigação e combate à tripanossomíase, o protagonismo inicial deve ser atribuído ao governo inglês, que em 1907 organizou em Londres a Primeira Conferência Internacional sobre a Doença do Sono. Posteriormente, após um período de ruptura ocorrido durante a Primeira Guerra Mundial, a iniciativa da coordenação internacional e do estabelecimento de prioridades de estudo e de combate à doença do sono passou a ser exercida pela Sociedade das Nações (SdN), designadamente, através da organização de duas conferências homónimas, em 1925 em Londres e em 1928 em Paris.⁵⁴ Inclusive, destaca-se o papel assumido por esta organização internacional na promoção e coordenação das estratégias de saúde pública nacionais no período entre guerras.⁵⁵ Relativamente às publicações científicas, destacaram-se algumas que já circulavam nos meios científicos e que contribuíram para dar expressão à investigação médica produzida pelos médicos coloniais, outras foram criadas especificamente para canalizar a pesquisa feita no seio da comunidade disciplinar especializada. No que concerne ao primeiro caso podem-se destacar, como exemplo, os jornais médicos britânicos *British Medical Journal*, o *The Lancet* e ainda os *Proceedings of the Royal Society* e, em Portugal, o papel assumido pelos periódicos *A Medicina Contemporânea*, o *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa* e a *Revista*

⁵⁰ Worboys, Michael. 1993. *Op. cit.* (22), p. 520.

⁵¹ Sobre o caso português ver Amaral, Isabel. 2008. «The emergence of tropical medicine in Portugal: The School of Tropical Medicine and the Colonial Hospital of Lisbon (1902-1935)». *Dynamis*, 28, p. 321-328 e Abranches, Pedro. 2004. *O Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Um Século de História 1902-2002*. Lisboa: Celom.

⁵² A expressão “Pioneiro” foi retirada de Cook, Gordon. 2007. *Op. cit.* (47).

⁵³ Arnold, David, 1993. *Colonizing the Body. State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*. Berkeley: University of California Press, p. 8.

⁵⁴ Neill, Deborah, 2012. *Op. cit.* (19), pp. 182-204.

⁵⁵ Dubin, Martin, 1995. «The League of Nations Health Organization». In *International Health Organizations and Movements, 1918-1939*, ed. Paul Weindling, New York: Cambridge University Press, pp. 56-80.

Portuguesa de Medicina e Cirurgia Práticas.⁵⁶ A Escola portuguesa foi responsável pela publicação de um jornal periódico da especialidade, os *Archivos d'Hygiene e Patologia Exoticas*.⁵⁷

O grupo de peritos e instituições pioneiras de medicina tropical acabaram por se tornar peças preponderantes na definição dos termos em que decorreram os trabalhos sanitários nos territórios ultramarinos, contribuindo com a sua perspectiva científica, bem como com a sua autoridade cultural e política, para condicionar a lógica e a organização do combate contra as doenças tropicais e, em particular, contra a doença do sono.⁵⁸ Importa ressaltar que neste período a comunidade de especialistas e de instituições de medicina tropical metropolitanas constituíram-se num grupo restrito de médicos e investigadores organizados numa rede transnacional que partilharam ideias e conhecimento, que estabeleceram laços pessoais e profissionais entre si e que, desse modo, articularam e validaram mutuamente as suas posições.⁵⁹ A constituição dessa dinâmica colaborativa transnacional deu-lhes a oportunidade para estabelecer princípios, métodos e prioridades de combate sanitário comuns, constituindo-se num grupo com uma identidade muito própria e com propostas bem definidas. Para além do mais, revelou-se num elemento capital para reforçarem a sua credibilidade junto das autoridades imperiais, assumindo, desta forma, um papel relevante na definição das estratégias nacionais de combate às doenças tropicais e sobretudo conferindo-lhes legitimidade para impor os critérios que permitiam descriminar as medidas que deveriam ser implementadas daquelas que deveriam ser descartadas.⁶⁰ Worboys, por seu turno, chama a atenção para o papel determinante que os estabelecimentos de medicina tropical assumiram na socialização dos cânones da disciplina no interior dos espaços coloniais e, em particular, junto dos serviços de saúde das diversas colónias europeias, pelo facto de formarem um contingente de médicos especializados e qualificados para trabalharem, como os próprios alegavam, em qualquer parte dos trópicos.⁶¹ Segundo David Arnold, o alargamento do império, para além de ter oferecido um conjunto maior de oportunidades de carreira, permitiu que esses diversos profissionais europeus desenvolvessem pesquisas localmente, introduzindo-as, posteriormente, nos circuitos de circulação do conhecimento que o império oferecia, como disso são exemplo as missões científicas aos territórios ultramarinos.⁶² Inclusivamente, para Maureen Malowany, as missões organizadas

⁵⁶ Boyd, John. 1973. «Sleeping Sickness: The Castellani-Bruce Controversy». *Notes and Records of the Royal Society of London*, vol. 28, n.º. 1, pp. 93-110 e Amaral, Isabel. 2012. «Bactéria ou parasita? A controvérsia sobre a etiologia da doença do sono e a participação portuguesa, 1898-1904». *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 19, n.º 4, pp. 1275-1300.

⁵⁷ Amaral, Isabel. 2008. *Op. cit.* (51), p. 310.

⁵⁸ Hoppe, Kirk. 2003. *Op. cit.* (23), p. 3.

⁵⁹ Neill, Deborah. 2012. *Op. cit.* (19), p. 26.

⁶⁰ *Idem*, p. 7.

⁶¹ Worboys, Michael. 1976. *Op. cit.* (20), p. 93.

⁶² Arnold, David, 1993. *Op. cit.* (53), pp. 22-23.

pelos estabelecimentos metropolitanos terão sido responsáveis pelos primeiros contactos entre as ciências médicas laboratoriais e os estudos de campo nas colónias.⁶³

Como constata Kirk Arden Hoppe, as estratégias científicas e sanitárias adoptadas pelas potências imperiais, sobretudo no que concerne à doença do sono, contemplaram, de uma forma ou de outra, medidas de eliminação ou controle do agente etiológico, dos seus vectores e dos seus reservatórios animais ou humanos.⁶⁴ Ainda assim, se os pressupostos adoptados nos diversos espaços coloniais foram semelhantes, no que concerne às estratégias concretas foram desenvolvidos, *grosso modo*, dois modelos de estudo e de controlo da doença do sono: um de cariz mais biológico e outro mais centrado nos seus aspectos médicos. Ambos tinham como objectivo central interromper o ciclo de desenvolvimento da doença. O primeiro modelo, adoptado pelos britânicos, consistiu na orientação da sua estratégia para a eliminação dos *habitats* dos vectores da doença e para a deslocação das populações dos locais onde a doença se manifestava com maior intensidade, o modelo alternativo foi adoptado nos impérios Francês, Português, Alemão e Belga, que colocaram como aspecto chave da sua estratégia as campanhas de quimioprofilaxia, baseando a sua intervenção na condução de exames médicos em série e na aplicação de injeções nos indivíduos infectados com a doença.⁶⁵ Ainda assim, como salienta o mesmo autor, as políticas sanitárias coloniais variaram de acordo como diferentes contextos e em função do tempo.⁶⁶

Tal como foi acima referido a doença do sono atingiu as colónias de Angola, Moçambique, Guiné e a Ilha do Príncipe e em todas elas os portugueses adoptaram medidas de estudo e de combate à doença.⁶⁷ Inicialmente, a par do que sucedeu nos outros impérios, as autoridades portuguesas concentraram os seus esforços no estudo da etiologia e da terapêutica da doença.⁶⁸ No entanto, entre 1907 e 1914, a Escola participou na concepção e na organização da intervenção sanitária que foi levada a cabo na ilha do Príncipe e que, devido à sua reduzida dimensão, permitiu ao País obter um rotundo êxito internacional com a erradicação da referida patologia do seu território.⁶⁹ No entanto, durante um certo período de tempo a cobertura territorial dos serviços de saúde coloniais manteve-se reduzida, as suas acções encontravam-se

⁶³ Malowany, Maureen, 2000. «Unfinished Agendas: Writing the History of Medicine of Sub-Saharan Africa». *African Affairs*, vol. 99, n° 395, p. 335.

⁶⁴ Hoppe, Kirk. 2003. *Op. cit.* (23), p. 12.

⁶⁵ *Ibidem*.

⁶⁶ *Ibidem*.

⁶⁷ Shapiro, Martin, 1983. *Op. cit.* (18), p. 226.

⁶⁸ Amaral, Isabel. 2006. «Na Rota das Patologias Tropicais. A contribuição portuguesa sobre a doença do sono entre 1902 e 1925». In *Rotas da Natureza. Cientistas, viagens, expedições, instituições*, coord. João R. Pita e Ana L. Pereira, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, pp. 223-229.

⁶⁹ Bruto da Costa, Vasco, 1952. «A Ilha do Príncipe e a doença do sono». *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, vol. IX, n° 3, pp. 727-733.

orientadas sobretudo para a protecção sanitária e para o tratamento clínico dos colonos, militares e funcionários europeus e as perspectivas médicas privilegiadas eram baseadas nas concepções de doença anteriores à ascensão da teoria do germe.⁷⁰

A ausência de resultados expressivos nos territórios continentais acabou por trazer embaraços a Portugal, que viu alguns delegados da Primeira Conferência Internacional contra a doença do sono, organizada em 1925 pela Sociedade das Nações, assinalar esse facto, levando as autoridades portuguesas a agir de imediato com a organização de um conjunto de missões e a intensificar a implementação de diversas medidas, como salienta Martin Shapiro.⁷¹ Entre elas destaca-se a constituição de serviços especiais de estudo e combate à doença do sono em Angola e Moçambique, que permitiram desenvolver um combate com um carácter mais sistemático e permanente. A construção dessas infra-estruturas permitiu intensificar o esforço dispendido pelo Estado português no combate às patologias tropicais, sobretudo através da organização de exames clínicos e laboratoriais sistemáticos e da aplicação em massa de injeções de atoxil.⁷² Este último foi mesmo o primeiro medicamento que revelou alguma capacidade terapêutica contra a doença do sono, uma descoberta que contou com a participação da EMT.⁷³ Ao longo do período em análise, tal como noutras colónias estrangeiras, foram ainda criados campos de isolamento, intensificadas medidas de controlo da mobilidade das populações, feita limpeza de matas e protegidos os edifícios com redes metálicas.⁷⁴

Para além dos êxitos políticos e científicos alcançados pelas instituições médicas metropolitanas, vários estudos têm permitido revelar igualmente que o poder político nem sempre foi favorável às suas pretensões. Vários factores contribuíram para essa situação. Harrison, por exemplo, chama a atenção para os condicionalismos de natureza pragmática e ideológica que impediram a utilização plena da medicina como instrumento de governação directa das populações locais. Por um lado, refere que as autoridades britânicas restringiram muito a intervenção da medicina junto dos nativos, na Índia, por recearem que isso poderia criar revoltas e colocar em risco a relação da administração com as populações locais.⁷⁵ Por outro, afirma que as ideias descentralizadoras liberais que se impuseram na metrópole nas últimas décadas do século XIX introduziram uma prática administrativa no império que se baseava nos princípios do auto-governo e de colaboração com as elites indianas ao nível do poder local. Um tipo de organização que, como constata o autor, acabou também por ter implicações ao nível da

⁷⁰ Para uma análise desta situação ver Arnold, David, 1993. *Op. cit.* (53), pp. 23-42.

⁷¹ Shapiro, Martin, 1983. *Op. cit.* (18), pp. 237-238.

⁷² *Idem*, p. 262.

⁷³ Amaral, Isabel. 2008. *Op. cit.* (51), p. 314.

⁷⁴ Shapiro, Martin, 1983. *Op. cit.* (18), p. 262.

⁷⁵ Harrison, Mark. 1994. *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine, 1859-1914*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 229.

administração de saúde.⁷⁶ Jean-Paul Bado, por seu turno, chama a atenção para as diferenças de opinião que, por vezes, geraram conflitos entre as altas autoridades do Estado imperial Francês e os especialistas, condicionando dessa forma a orientação dada ao combate às doenças tropicais na África Ocidental Francesa.⁷⁷

Para além disso, vários problemas surgiram com a tentativa de impor uma política sanitária à distância e uniformizada. Marinez Lyons, por exemplo, realça as diferentes perspectivas sanitárias e políticas que frequentemente dividia os médicos das colónias e os médicos que trabalhavam em órgãos dos governos ou nas instituições da metrópole. Revelando, para o seu estudo de caso, que Jérôme Rodhain (1876-1956), um influente médico colonial belga, não só valorizava o conhecimento adquirido pela experiência prolongada com a realidade colonial, como defendia que os serviços seriam melhor administrados se o modelo de governação contemplasse maior autonomia administrativa para os médicos locais. Por seu turno, afirma Lyons, os médicos da metrópole dava prioridade à adopção de sistemas de governo mais centralizados com o objectivo, diziam, de diminuir os desperdícios administrativos.⁷⁸ O facto das reuniões científicas internacionais serem presenciadas sobretudo por médicos das metrópoles também constituiu um problema para os médicos das colónias, como refere Deborah Neill. Desde logo, porque o grupo restrito de profissionais que participavam nos fóruns internacionais, exactamente por participarem nesses encontros, estavam persuadidos de que a sua visão uniformizada, validada por princípios objectivos e científicos, era a mais correcta.⁷⁹ No entanto, em última instância, era aos médicos do terreno a quem cabia a responsabilidade de adequar as medidas definidas no âmbito das conferências internacionais às condições efectivas com as quais se deparavam, tendo em consideração aspectos como o financiamento, a cultura das populações, a evolução da distribuição da doença e diversas outras considerações de natureza política, natural e cultural.⁸⁰

The assembled scientists were almost all metropolitan based, so their recommendations were hampered by their lack of firsthand, up-to-date knowledge about the African regions they were discussing. They had a limited understanding of how concessions companies operated the impact of military campaigns on the disease, and certain basics about local terrain, topography, and climate. They also had almost no grasp of local kin-group relationships, the cultural and religious context, or the exigencies imposed on villages by tax and others demands from colonial administrations.

⁷⁶ *Idem*, p. 231.

⁷⁷ Bado, Jean-Paul, 1996. *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960. Lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose*. Paris: Éditions Karthala, pp. 7-8

⁷⁸ Lyons, Marynez. 1992. *Op. cit.* (29), pp. 158-161.

⁷⁹ Neill, Deborah, 2012. *Op. cit.* (19), p. 123.

⁸⁰ *Ibidem*.

Não pode deixar de ser atendido que os médicos que exerciam a sua profissão nas colónias desejavam igualmente elevar o seu estatuto e protagonismo, procurando também eles afirmar as suas propostas através da constituição de redes profissionais de natureza local, com a metrópole e de âmbito intercolonial.⁸¹

Este corpo significativo de artigos, livros e dissertações académicas que se dedicaram à história da medicina tropical e colonial levantam inúmeras questões e constituem hoje um enorme repositório de conhecimentos, abrangendo um período de tempo e um âmbito geográfico muito alargado. A medicina tropical e colonial tem sido alvo de reflexão pelo papel que assumiu no âmbito da governação dos territórios colonizados. Os historiadores têm demonstrado que os médicos, enquanto profissionais detentores de conhecimento especializado, contribuíram para reforçar a capacidade dos Estados Imperiais para exercerem maior controlo sobre os territórios e sobre as populações nativas. Actuando, desta forma, em consonância com os objectivos de ocupação territorial e civilizacional emanados da agenda política e diplomática europeia. A comunidade disciplinar, com um enfoque especial para as instituições de medicina tropical que foram fundadas nas metrópoles, assumiu um papel relevante na governação dos impérios, identificando prioridades, estabelecendo os termos e as metodologias de estudo e de combate à doença do sono.⁸²

The perceived epidemiology of sleeping sickness, the ecology of the vectors and reservoirs of the disease, the timing of colonization in East Africa, and the structures of emerging modern Western scientific institutions combined to make sleeping sickness control an important vehicle of colonial intervention.

Sheila Jasanoff considera que para compreender as relações que se estabeleceram entre a ciência (neste caso particular a medicina) e a política é fundamental reconstituir as relações dos seus actores com os aparelhos burocráticos dos Estados, tratando de forma mais equitativa as práticas científica e governativas e dando ênfase à forma como se integraram umas nas outras,⁸³ isto é, “how knowledge-making is incorporated into practices of state-making, or of governance more broadly, and, in reverse, how practices of governance influence the making and use of knowledge.” Diogo Ramada Curto, por seu turno, chama a atenção para a importância de analisar o Estado em diferentes níveis – local, central e metropolitano – na medida em que a reconstituição dos processos históricos que contemplam todas essas dimensões facilitam a compreensão do processo de tomada de decisão dos diferentes actores que o constituem e/ou o

⁸¹ *Idem*, p. 84.

⁸² Hoppe, Kirk Arden. 2003. *Op. cit.* (23), p. 5.

⁸³ Jasanoff, Sheila, 2004. *Op. cit.* (1), p. 3.

influenciam,⁸⁴ segundo o próprio, “a partir do momento que somos obrigados a analisar o Estado colonial nas diferentes escalas em que operou, podemos reconstituir processos de tomada de decisão e pequenos poderes que competem e colaboram em termos de um processo dinâmico.”

A questão colonial ocupou um dos pontos centrais da vida política do Portugal contemporâneo, estando presente nas grandes opções de fundo, determinando a actividade dos seus diferentes sectores, grupos sociais e instituições e, igualmente, o destino dos regimes políticos que governaram o País ao longo do século XX.⁸⁵ O império foi encarado em Portugal como um factor determinante para assegurar a sua independência enquanto nação, e o crescente interesse Europeu pelo continente africano, revelado sobretudo no final do século XIX e início do século XX, foi recebido como uma ameaça à sua própria soberania, promovendo reacções inflamadas, ora de vitimização ora de indignação, perante aquilo que, tanto populares como intelectuais, consideravam ser uma cobiça desmesurada das grandes nações imperiais.⁸⁶ Essa leitura dos acontecimentos que deram expressão à corrida colonial que marcou a Europa neste período acabou por promover a “sacralização” do Império e incutir na sociedade portuguesa um forte sentimento nacionalista imperial que iria condicionar uma parte substancial da sua vida social, económica, científica e política nos anos subsequentes.⁸⁷

Para assegurar o controlo dos territórios de África, como afirma Jeffrey Herbst, era necessário desenvolver infra-estruturas capazes de projectar poder e adquirir a lealdade dos cidadãos.⁸⁸ Os Estados imperiais europeus, revelando-se confiantes nas suas competências, nas suas tradições, nos seus valores e, em particular, nos seus sistemas de racionalização e de administração do espaço, da natureza e das populações, entraram no século XX num estado de “bulimia territorial”⁸⁹ e de sobrançeria civilizacional que os levou a insistir na necessidade imperiosa de desenvolver formas de dominação política em África, em parte semelhantes àquelas que já

⁸⁴ Curto, Diogo Ramada, 2009. «Prefácio. Políticas coloniais e novas formas de escravatura». In *Livros brancos, almas negras. A «missão civilizadora» do colonialismo português c. 1870-1930*, Miguel Bandeira Jerónimo, Lisboa: Imprensa de Ciência Sociais, p. 12.

⁸⁵ Alexandre, Valentim, 2000. *Velho Brasil/Novas Áfricas. Portugal e o Império (1808-1975)*. Porto: Edições Afrontamento, p. 181.

⁸⁶ *Idem*, p. 151.

⁸⁷ Para uma análise de todos estes episódios que contribuíram para reforçar o sentimento nacionalista imperial na sociedade portuguesa ver capítulo “A política Colonial em finais de oitocentos: Portugal e a sacralização do Império”, *Idem*, pp. 147-162.

⁸⁸ Herbst, Jeffrey, 2000. *States and Power in Africa. Comparative lessons in authority and control*. Princeton: Princeton University Press, p. 3.

⁸⁹ A expressão “bulimia territorial” foi usada por Marco Ferro para caracterizar um dos maiores esforços dispendido pelas nações imperiais ao longo dos séculos XIX e XX e que consistiu em garantir para si próprias, no mapa, a soberania da maior área territorial possível a fim de se prevenirem contra a possibilidade de, um dia, um dos seus rivais se apropriar desses mesmos territórios. Ferro, Marc, 1996. *História das Civilizações. Das Conquistas às independências - sécs. XIII-XX*. Lisboa: Editorial Estampa, p. 30.

existiam, ou estavam previstas existir, na metrópole, procurando, desse modo, ocupar, por vezes apenas controlar, novos territórios e, adicionalmente, encetar todos os esforços para elevar os nativos para um estado “civilizado”.⁹⁰ Considerando, no entanto, que esse último esforço teve como propósito incutir nas populações colonizadas uma parte dos valores europeus e fazer delas, como afirmam Ann Stoler e Frederick Cooper,⁹¹ “disciplined agriculturalists or workers and obedient subjects of a bureaucratic state.”

As autoridades imperiais, entre as quais se incluíram as portuguesas, que procuravam desenvolver os referidos aparatos burocráticos, tiveram de responder continuamente aos problemas de estender e exercer a sua autoridade sobre uma determinada geografia, sobre um conjunto díspar e disperso de populações e de ambientes naturais, confrontando-se, por esse motivo, com o problema de projectar o seu poder, mas também as suas tradições, à distância.⁹² As autoridades das metrópoles procuraram sistematicamente garantir que a administração colonial não deixava de prosseguir o seu projecto civilizador, tal como constata Bandeira Jerónimo, fosse através da adopção de um modelo mais directo ou indirecto de governação ultramarina, mais sensível ou menos às realidades e aos interesses locais, à luz da sua própria retórica,⁹³ “A missão civilizadora tornou-se num referente justificativo e legitimador sistemático dos processos de colonização portuguesa em África.” Os responsáveis pelas pastas das colónias, que governavam os impérios a partir das metrópoles, viram-se então confrontados com a necessidade de dar respostas aos múltiplos problemas político-administrativos que foram adquirindo expressão à luz das diligências empreendidas em nome do cumprimento da agenda imperial de controlo e de ocupação territorial, e, que resultaram, não apenas do confronto com as populações colonizadas, mas também das inúmeras contradições e tensões que ganharam expressão tanto no seio da Europa como dentro dos próprios espaços nacionais.⁹⁴ Relativamente ao caso português há que realçar que nas três primeiras décadas do século XX, quando o Estado português se encontrava confrontado com a necessidade de projectar a sua autoridade sobre os territórios ultramarinos, sobre os governos coloniais, sobre a sociedade metropolitana e, igualmente, sobre a comunidade internacional, não só se deparava com fracos recursos

⁹⁰ Herbst, Jeffrey, 2000. *Op. cit.* (88), pp. 59-61.

⁹¹ Stoler, Ann Laura e Cooper, Frederick, 1997. «Between Metropole and Colony: Rethinking a Research Agenda». In *Tensions of Empire. Colonial Cultures in a Bourgeois World*, eds. Frederick Cooper e Ann Laura Stoler, Los Angeles: University of California Press, p. 7.

⁹² Herbst, Jeffrey, 2000. *Op. cit.* (88), p. 21.

⁹³ Jerónimo, Miguel Bandeira, 2009. *Livros brancos, almas negras. A «missão civilizadora» do colonialismo português c. 1870-1930*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, p. 46.

⁹⁴ Stoler, Ann Laura e Cooper, Frederick, 1997. *Op. cit.* (91), p. 6.

financeiros para o fazer, um reduzido peso político no concerto das nações, como ainda se encontrava atravessado por uma crise de autoridade profunda, como refere António José Telo.⁹⁵

A Conferência de Berlim (1884-1885), realizada ainda no século XIX, é recorrentemente identificada como um marco histórico que contribuiu para a inflexão das políticas dos Estados Imperiais Europeus, acabando por condicionar as suas opções sobre matéria colonial ao longo do século XX. O referido encontro diplomático teve como objectivo declarado o de estabelecer um *modus vivendi* entre os Estados que tinham pretensões imperialistas, procurando através das negociações mediar as tensões que se revelavam cada vez mais exacerbadas no xadrez político e diplomático Europeu.⁹⁶ Segundo Jeffrey Herbst, Berlim serviu de palco para o confronto de duas visões políticas opostas: a Alemanha, uma nação com pretensões colonialistas recentes, procurava terminar com o regime dos direitos históricos, a Inglaterra opôs-se às aspirações germânicas, na medida em que desejava conter os custos que adviriam do alargamento do seu contingente militar e administrativo caso necessitasse de dar resposta às exigências que acompanhariam a estipulação do princípio de ocupação efectiva.⁹⁷ Do ponto de vista formal as determinações da Conferência de Berlim acabaram por resultar num compromisso, introduzindo a exigência da ocupação efectiva apenas para certas regiões costeiras e exigindo apenas condições minimalistas aos Estados que pretendessem reclamar para a sua jurisdição uma parcela de território do interior de África:⁹⁸

The Berlim Conference was a exceptionally successful in establishing the rules for the conquest of Africa without requiring extremely expensive formal systems of administration.

Efectivamente, nos anos que se seguiram à realização da Conferência de Berlim a expansão dos aparatos burocráticos foi reduzida e a tentativa de obter controlo por via político-administrativa sobre as regiões continentais de África só começou a ganhar expressão após a Primeira Guerra Mundial.⁹⁹ Isto é, no início do século XX o que se passava na África colonial ainda era uma realidade muito distante, seja no que refere ao quotidiano das populações nativas, à actividade dos colonos e das companhias europeias que operavam no território, seja no que concerne à própria actividade dos governos das colónias.¹⁰⁰

⁹⁵ Telo, António José. 2000. «Sidónio Pais - a chegada do século XX». In *A Primeira República Portuguesa. Entre o Liberalismo e o Autoritarismo*, coord. António Costa Pinto e Nuno Severiano Teixeira, Lisboa: Colibri, p. 15.

⁹⁶ Guevara, Gisela, 2006. *As Relações entre Portugal e a Alemanha em torno da África. Finais do Século XIX e Inícios do Século XX*. Lisboa: Instituto Diplomático e Ministério dos Negócios Estrangeiros, p. 66.

⁹⁷ Herbst, Jeffrey, 2000. *Op. cit.* (88), pp. 71-73.

⁹⁸ *Idem*, p. 73.

⁹⁹ Betts, Raymond. 2010. «A dominação europeia: métodos e instituições». In *História Geral da África, vol. VII. África sob dominação colonial, 1880-1935*, ed. Albert Adu Boahen, Brasília: Unesco, p. 356.

¹⁰⁰ Herbst, Jeffrey, 2000. *Op. cit.* (88), p. 80.

Ainda assim a Conferência de Berlim teve repercussões imediatas na condução política e diplomática dos Estados europeus. De facto, se as autoridades metropolitanas das diversas nações imperiais recorreram a diversos expedientes para projectar o seu poder sobre as populações africanas, o mesmo se pode dizer relativamente ao esforço que despenderam junto das opiniões públicas nacionais e internacional e junto dos poderes públicos das outras nações concorrentes para os convencer de que eram capazes de exercer controlo e explorar convenientemente o continente africano, nomeadamente recorrendo à concessão de várias parcelas de territórios a companhias majestáticas e à assinatura de tratados de vassalagem com os líderes africanos.¹⁰¹ Outro sistema amplamente utilizado no final do século XIX e ao longo do século XX para impor a lei à distância ou para procurar conhecer melhor os longínquos territórios que se encontravam sob a sua jurisdição, ou sobre os quais revelavam algum interesse, foi o envio de missões militares,¹⁰² missões de carácter técnico-científico¹⁰³ e, com um carácter mais permanente, as missões religiosas.¹⁰⁴

Uma série de episódios que antecederam e sucederam à Conferência de Berlim colocaram as autoridades portuguesas em permanente sobressalto, nomeadamente no seu esforço para fazer respeitar as pretensões soberanistas do País. Desde logo há que destacar o *ultimatum* feito pelo Estado Britânico a Portugal em 1890 e que obrigou Portugal a abandonar o seu projecto imperial denominado por “mapa cor-de-rosa”, um episódio que teve repercussões muito profundas na sociedade portuguesa, acabando mesmo por contribuir para a queda do regime da Monarquia Constitucional em 1910.¹⁰⁵ Mas a sua importância vai além do impacto que, só por si, é gerado pela quebra abrupta de uma expectativa, este episódio implicou um comportamento hostil contra os planos expansionistas nacionais por parte da sua principal aliada, a Inglaterra. Adicionalmente, para além dos sentimentos de insegurança criados pelo comportamento dos ingleses, os portugueses sentiam-se ameaçados por outra das grandes potências europeias - a Alemanha.¹⁰⁶ Certos círculos alemães e ingleses pressionavam os seus governos a agir contra os interesses portugueses para, em nome do progresso, dar lugar a outras nações “mais vigorosas”,

¹⁰¹ *Idem*, pp. 74-75. Para o caso português consultar Vail, Leroy. 1976. «Mozambique's Chartered Companies: The Rule of the Feeble». *The Journal of African History*, vol. 17, nº 3, pp. 389-416.

¹⁰² Sobre as campanhas militares ver Pélissier, René. 1997. *História das Campanhas de Angola. Resistência e Revoltas 1845-1941*. Vol. 1., 2ª Edição, Lisboa: Editorial Estampa.

¹⁰³ Sobre o papel da ciência na governação à distância do império ver diversos contributos em Santos, Maria Emília Madeira e Manuel Lobato, coord. 2006. *O domínio da distância: comunicação e cartografia*. Lisboa: Instituto de Investigação Científica Tropical.

¹⁰⁴ Daughton, James. 2006. *An Empire Divided: Religion, Republicanism, and the Making of French Colonialism, 1880-1914*. New York: Oxford University Press.

¹⁰⁵ Para uma análise do desgaste político provocado pelo ultimato inglês sobre o regime monárquico ver Teixeira, Nuno Severiano. 1990. *O Ultimatum Inglês. Política externa e política interna no Portugal de 1890*. Lisboa: Publicações Alfa, pp. 70-75, 136-137, 153.

¹⁰⁶ Guevara, Gisela, 2006. *Op. cit.* (96), p. 25.

acabando por resultar em 1898 e em 1913, respectivamente, nos primeiro e segundo acordos “secretos” relativos à partilha dos territórios portugueses de África estabelecidos exactamente pelas duas potências europeias já mencionadas – a Inglaterra e a Alemanha.¹⁰⁷

Os republicanos, a par da exploração de outras questões do foro interno, aproveitaram-se destas e de outras ameaças e desaires diplomáticos para fomentarem a tese de que o regime monárquico se encontrava incapaz de defender a herança colonial da nação.¹⁰⁸ A oposição republicana foi, assim, cimentando a sua posição junto das massas cosmopolitas, granjeando cada vez mais apoios de grupos intelectuais e profissionais.¹⁰⁹ As autoridades monárquicas, por seu turno, não ficaram paradas, tal como eram acusados pelos republicanos, sem reacção e sem capacidade de agir em defesa dos interesses da nação, como demonstra Guisela Guevara.¹¹⁰ Pelo contrário, não só revelaram uma compreensão total dos riscos que acarretavam para o País todas estas movimentações diplomáticas, municiadas, em larga medida, pela actividade científica e religiosa, como ainda empreenderam inúmeros esforços internos e diplomáticos para preservar a integridade do seu império, para além da autonomia do País e a legitimidade do regime.¹¹¹

O fim da Primeira Guerra Mundial deu início à formação de uma nova ordem mundial¹¹² e as autoridades portuguesas rapidamente se aperceberam das múltiplas ameaças que continuavam a pairar sobre Portugal relativamente à manutenção da soberania sobre as suas possessões ultramarinas, entre as quais se destaca o interesse da África do Sul por territórios de Moçambique e a importância que conquistou a temática de defesa dos interesses dos povos colonizados, imediatamente em 1919 durante a Conferência de Paz e posteriormente através da actividade da Sociedade das Nações.¹¹³ Isto é, o imperialismo português, a par do que se verificou no interior dos outros impérios, foi igualmente condicionado pelos ideais humanistas que se foram afirmando na Europa e na América do Norte ao longo do século XIX e XX. Como refere Bandeira Jerónimo, a crescente preocupação humanitária revelada ao longo do século XX, pelos cada vez mais activos, “vigilantes do império” - isto é, as opiniões públicas e organizações internacionais e transnacionais e as máquinas diplomáticas imperiais das grandes

¹⁰⁷ *Idem*, p. 68.

¹⁰⁸ Teixeira, Nuno Severiano. 1990. *Op. cit.* (105).

¹⁰⁹ Rosas, Fernando. 2010. «A crise do liberalismo oligárquico em Portugal». In *História da Primeira República Portuguesa*, coord. Fernando Rosas e Maria F. Rollo, Lisboa: Tinta da China. (Edição de Bolso), pp. 15-26 e Catroga, Fernando. 2000. *O republicanismo em Portugal. Da formação ao 5 de Outubro de 1910*. Lisboa: Editorial Notícias.

¹¹⁰ Guevara, Gisela, 2006. *Op. cit.* (96), p. 19.

¹¹¹ *Idem*, pp. 19-20; 24.

¹¹² Crowder, Michael. 2010. «A Primeira Guerra Mundial e suas consequências». In *História Geral da África*, vol. VII. *África sob dominação colonial, 1880-1935*, ed. Albert Adu Boahen, Brasília: Unesco, pp. 319-351.

¹¹³ Meneses, Filipe Ribeiro. 2010. «A diplomacia da Primeira República e as colónias». In *A Primeira República e as Colónias Portuguesas*, coord. José M. Sardica, Lisboa: EPAL e CEPCEP, pp. 73-81.

potências – foi determinante para imputar maiores responsabilidades aos Estados Europeus para reforçarem territorialmente os seus aparatos burocráticos e, em particular, proceder à sua reorganização de modo a forçá-los a actuar de acordo com as referidas prioridades de carácter humanitário.¹¹⁴ A Conferência de Berlim e posteriormente a Conferência realizada em Bruxelas (1889) contribuíram para dar expressão internacional e diplomática ao combate à escravatura e à sua relação com a ocupação do território e com a qualidade dos serviços prestados pelos Estados em África, isto é, aos argumentos de ordem política, económica, científica, tecnológica e religiosa, que serviram todos eles de suporte aos projectos de dominação colonial, foram adicionados também, como sustenta Bandeira Jerónimo, os argumentos de ordem ética, conferindo assim uma legitimação moral acrescida para os projectos colonialistas dos europeus.¹¹⁵ Oferecendo, sobretudo, uma oportunidade para as autoridades nacionais desenvolverem uma retórica na qual proclamavam que a sua maior obrigação, e própria razão de ser da sua acção colonial, encontrava-se no imperativo de assegurar o bem-estar moral e material aos povos colonizados.¹¹⁶ A partir de 1907 dá-se o episódio conhecido como o do "cacau escavo". As acusações provenientes da *Anti-Slavery Society* relativa ao modo de recrutamento e à falta de condições trabalho em que operava a mão-de-obra nativa (serviçais) em S. Tomé e Príncipe acabaram por envolver o chocolateiro e filantropo William Cadbury que, após um período de ameaças, decidiu mesmo boicotar a compra de cacau de S. Tomé e Príncipe.¹¹⁷ Após a Primeira Guerra Mundial um conjunto de movimentos que combinavam motivações de cariz religioso, humanitário e científico conseguiram influenciar os trabalhos da SdN colocando Portugal de novo sob o escrutínio da comunidade internacional por problemas relativos ao trabalho indígena.¹¹⁸

As autoridades portuguesas, por seu turno, procuraram combater as acusações de que foram sendo alvo através sobretudo da publicação sistemática de legislação referente à “política indígena”, cujo articulado revelava consideráveis preocupações com o bem-estar e com as tradições indígenas e na organização de meios de propaganda eficazes, que permitissem divulgar as medidas aplicadas pelo governo português em prole das colónias, da ciência e da civilização e, em simultâneo, que desse voz aos testemunhos de cidadãos estrangeiros que assumiam posições contrárias aquelas que eram veiculadas nas acusações de que o País era alvo.¹¹⁹ Foi com esse fim que, em 1924 foi criado o *Boletim da Agência Geral das Colónias* e em 1925 criada, no âmbito da Sociedade de Geografia de Lisboa (SGL), a Comissão de Defesa

¹¹⁴ Jerónimo, Miguel Bandeira. 2009. *Op. cit.* (93), p. 56.

¹¹⁵ *Ibidem.*

¹¹⁶ *Idem*, pp. 254-268.

¹¹⁷ *Idem*, pp. 99-139.

¹¹⁸ *Idem*, pp. 211-225.

¹¹⁹ *Idem*, pp. 89-139 e 211-249.

e Propaganda das Colónias.¹²⁰ Existiu, no entanto, uma enorme distância entre a retórica humanitária e a concretização das políticas de ocupação que, alegadamente iriam permitir combater de forma mais eficaz a escravatura, as doenças, o comércio de armas, e de bebidas alcoólicas.¹²¹

Bandeira Jerónimo também chama a atenção para o problema da normalização dos actos administrativos que, segundo o autor, adquiriu maior acuidade com o crescimento da autoridade dos movimentos humanitaristas sobre os assuntos coloniais, em particular após a Primeira Guerra Mundial, aquando da constituição da SdN em 1919, “na generalidade guiadas por princípios partilhados de «civilizada» administração.”¹²² O movimento de internacionalização dos assuntos coloniais, a partir do qual se constituíram sistemas de colaboração e de vigilância sobre a acção dos impérios, que os pressionaram no sentido de prestar maior atenção às suas práticas administrativas e simultaneamente aos factores locais, sobretudo às populações indígenas, contribuíram igualmente para impulsionar e afirmar a área de estudo e de ensino denominada por “Ciência da Administração Colonial”. A partir do final do século XIX multiplicaram-se os fóruns e as instituições que, fazendo circular por toda a Europa os saberes e os modelos administrativos de cada império, “diziam ter por missão o desenvolvimento da nova ciência”.¹²³ A afirmação deste campo de estudo teve implicações no tipo de preocupações que foram sendo manifestadas pelos círculos coloniais portugueses e na própria dinâmica organizacional do Estado Imperial.¹²⁴ Neste contexto foram criados, simultaneamente, em 1902 a Escola de Medicina Tropical de Lisboa e o Hospital Colonial de Lisboa e, uns anos depois, em 1906, a Escola Colonial, instituição que ficou instalada na SGL, tendo como principal missão criar um corpo de funcionários tecnicamente preparados para exercer a sua função na estrutura administrativa do império.¹²⁵ As ciências da administração colonial contribuíram, portanto, para fixar na agenda da SGL a discussão dos problemas relativos à qualidade e funcionamento da administração colonial. Esta instituição da sociedade civil, criada em 1875, constituiu-se como um grupo de pressão que actuou junto das autoridades coloniais portuguesas, e que com elas manteve uma relação privilegiada.¹²⁶ A SGL organizou os três Congressos Coloniais Nacionais, respectivamente em 1901, 1924 e 1930. Estes eventos foram importantes por se constituírem em

¹²⁰ *Idem*, pp. 254, 266.

¹²¹ *Idem*, p. 67.

¹²² *Idem*, p. 56.

¹²³ Silva, Cristina. 2010. «As “normas científicas da colonização moderna” e a administração civil das colónias». In *A Primeira República e as Colónias Portuguesas*, coord. José M. Sardica, Lisboa: EPAL e CEPCEP, p. 91.

¹²⁴ Paulo, João. 2001. «Introdução. Cultura e ideologia colonial». In *O Império Africano, 1890-1930*, coord. A. Oliveira Marques, Lisboa: Editorial Estampa, p. 32.

¹²⁵ *Idem*, pp. 42-48.

¹²⁶ Guimarães, Ângela. 1984. *Uma corrente do colonialismo português. A Sociedade de Geografia de Lisboa, 1875-1895*. Porto: Livros Horizonte e Garcia, José. 2004. *A Sociedade de Geografia de Lisboa e a propaganda colonial em Portugal no final do Século XIX*. Guarda: ESEG Publicações.

fóruns que reuniram os representantes do Estado português com diversas personalidades da comunidade médica e científica, instituições e empresas portuguesas, dando assim expressão aos múltiplos interesses e sectores profissionais relacionados com o universo ultramarino.¹²⁷ Nesses congressos foram apresentadas inúmeras memórias, comunicações, teses e efectuados diversos votos sobre os mais variados temas coloniais, valendo ainda para dar maior destaque público às questões políticas e administrativas, sem esquecer as de higiene pública colonial.¹²⁸ Inclusive, foram feitas inúmeras críticas e apresentadas múltiplas propostas de reformulação da administração colonial. Estes eventos, dada a sua relevância, concorreram também para dar maior notoriedade a determinadas posições políticas nos momentos de transição da vida política portuguesa.¹²⁹

Os adeptos do sistema de administração orientado segundo as “normas científicas da colonização moderna” criticavam a forma tradicional de tomada de decisão das autoridades coloniais na medida em que, diziam, se baseava em critérios políticos e em formulações empíricas acerca da realidade colonial, ao invés de suportar as suas políticas em princípios científicos resultantes da observação «no terreno».¹³⁰ Após um período inicial no qual os poderes europeus tratavam do continente africano como se fosse um “tabuleiro de xadrez”, “um vazio de poder e cujos habitantes não tinham História própria ou, pelo menos, que esta não era relevante”¹³¹ reuniam-se diversos factores, de natureza e proveniência geográfica distinta, que exigiam dos impérios uma postura diferenciada relativamente aquela que tinha sido assumida no passado. Foi nesse ambiente que durante a primeira década do século XX se conseguiu criar um certo consenso, no seio dos círculos coloniais portugueses, em relação aos termos em que deveria ser colocada a questão da reforma administrativa e que deveriam presidir à organização da Secretaria de Estado dos Negócios da Marinha e do Ultramar e das suas relações com os diferentes governos das colónias. Na perspectiva dos colonialistas portugueses era necessário promover um equilíbrio entre os interesses da metrópole (inclusivamente para não deixar de ter condições para exercer o seu mandato civilizacional), e os interesses e as especificidades de cada colónia, tendo em linha de conta que a proximidade da tomada de decisão com os

¹²⁷ Por exemplo o 1º congresso contou com a assistência da Rainha D. Amélia e do Príncipe D. Luís e a participação de diversos ministros e deputados, dos altos funcionários da Secretaria de Estado dos Negócios da Marinha e Ultramar, de representantes de 42 agremiações portuguesas de carácter comercial, profissional, científico e militar, da metrópole e das colónias e ainda de diversas outras figuras destacadas da sociedade portuguesa. Consulte-se s/a. 1902. *Actas das Sessões do I Congresso Colonial Nacional*. Lisboa: A Liberal – Officina Typographica, p. 5-12 e Garcia, José. 2004. *Op. cit.* (126), pp. 49-61.

¹²⁸ Barata, Óscar. 2005. «Os Congressos Coloniais na Sociedade de Geografia». *Boletim da Sociedade de Geografia de Lisboa*, Série 123ª, nº 1-12, pp. 311-361.

¹²⁹ *Idem*, pp. 329-333, 335-340, 349-352.

¹³⁰ Silva, Cristina. 2010. *Op. cit.* (123), pp. 90-91.

¹³¹ Guevara, Gisela, 2006. *Op. cit.* (96), p. 66.

problemas concretos e quotidianos das colónias iria, alegadamente, beneficiar a gestão do território e dos seus negócios civis.¹³²

O que estava em causa era encontrar um modelo de administração colonial mais adequado, em alternativa ao modelo do tipo centralizador que, tal como era a percepção geral no início do século XX entre os coloniais portugueses, se supunha ser o modelo que vigorava no País.¹³³ Contudo, se os termos do debate cedo se encontraram relativamente fixados, o mesmo não se pode dizer da discussão dos modelos concretos. Tratava-se de encontrar a aplicação de um modelo que daria maior autonomia aos governos coloniais, à imagem do modelo inglês, ou um outro que se limitaria a descentralizar um conjunto de poderes para essas mesmas estruturas do Estado imperial. Por duas ordens de razões, os portugueses afastavam a hipótese de adoptar um regime de autonomia, desde logo, porque existiam diversos exemplos de colónias que se tinham “emancipado” e adquirido a independência e, por outro, porque um sistema dessa natureza pressupunha a constituição de órgãos governativos e legislativos próprios, compostos pelos representantes das populações que habitavam nas colónias. Isso significava que o Estado poderia deixar de servir de força mediadora entre duas forças opostas, entre a maioria nativa e a minoria branca.¹³⁴ As atitudes ambivalentes advinham igualmente da própria ideia de “missão civilizadora”, o entendimento dos europeus relativamente ao seu significado e aos termos em que essa missão deveria ser aplicada eram díspares e, por vezes, contraditórios, como afirma Bandeira Jerónimo, “a ideia de missão civilizadora incorporava diferentes motivos e projectos, desde a crença na possibilidade e na obrigação de transferência de pilares civilizacionais para esferas não-europeias até à asserção do seu contrário.”¹³⁵

Até aos anos 20 as medidas adoptadas com o objectivo de introduzir alterações significativas no modelo de organização do Estado imperial acabaram por se revelar também elas ambivalentes, embora preservando sempre a via iniciada no século XIX de organizar e consolidar o aparelho do Estado colonial em África, uma linha de continuidade que atravessou todos os regimes políticos que governaram o País no período em estudo.¹³⁶ As autoridades monárquicas demonstraram a sua vontade de modernizar a máquina do Estado, sobretudo, procurando reforçar a capacidade do governo central para administrar o território, criando na metrópole um conjunto de instituições técnicas e científicas vocacionadas para lidar com os problemas específicos das colónias. Era em Lisboa que se tomavam decisões sobre os impostos, que se

¹³² Silva, Cristina. 2010. *Op. cit.* (123), pp. 87-90.

¹³³ *Idem*, p. 90.

¹³⁴ *Idem*, pp. 87-88.

¹³⁵ Jerónimo, Miguel Bandeira, 2009. *Op. cit.* (93), p. 58.

¹³⁶ Alexandre, Valentim, 1999. «Administração colonial». In *Dicionário de História de Portugal*, vol. 7 (suplemento A/E), coord. António Barreto e Maria Filomena Mónica, Lisboa: Figueirinhas, p. 47.

produzia a legislação colonial e onde os orçamentos das colónias eram elaborados, o que revela que na metrópole predominava uma certa mentalidade centralizadora.¹³⁷ Por outro lado, se os Governadores-gerais só estavam autorizados a legislar em caso de emergência, como realça Fernando Pimenta, o estado quase permanente de guerra terá permitido uma certa concentração de poderes nessas figuras, acabando por lhes conferir, por razões mais práticas do que formais, um certo grau de discricionariedade.¹³⁸ A distância entre o poder imaginado pelas autoridades portuguesas e o seu poder efectivo é ainda mais clara quando se tem em linha de conta o carácter precário e instável do aparato administrativo do Estado português nesta fase, tanto na colónia de Angola, como de Moçambique e da Guiné.¹³⁹

Foi durante a Primeira República, e essencialmente após a Primeira Guerra Mundial, que se procurou instituir efectivamente uma política de descentralização, que resultaria na delegação formal de poderes para os Altos-Comissários de Angola e Moçambique e na redução da vigilância da metrópole sobre a economia, as finanças e outros actos administrativos executados pelos governos coloniais. A implantação da República, ocorrida em 1910, permitiu a ascensão ao poder de uma nova elite política que, no quadro da sua pluralidade, se propunha alterar um vasto conjunto de questões relativas à condução política do País e transformar a sociedade portuguesa em direcção, diziam, a uma sociedade mais democrática e progressista.¹⁴⁰ A constituição de 1911 previu desde logo a descentralização da administração colonial e a criação de leis especiais adequadas ao estado de civilização de cada território ultramarino.¹⁴¹ No mesmo ano foi criado o Ministério das Colónias. O ímpeto legislativo inicial da República em prol da descentralização prosseguiu com a publicação da *Lei Orgânica*, em 1914, e das *Cartas Orgânicas* em 1917.¹⁴² Contudo, o novo regime deparava-se com inúmeras contrariedades que afectaram as relações da metrópole com o seu império colonial.¹⁴³ Nesta fase o projecto colonial republicano não passou de um articulado de intenções, com algumas tentativas frustradas para o materializar.¹⁴⁴ Por esse facto, segundo Douglas Wheeler, devem-se distinguir dois períodos de

¹³⁷ Pimenta, Fernando Tavares, 2005. *Branco de Angola: autonomia e nacionalismo (1900-1961)*. Coimbra: Minerva, p. 68.

¹³⁸ *Ibidem*.

¹³⁹ Alexandre, Valentim, 1999. *Op. cit.* (136), p. 46.

¹⁴⁰ Samara, Maria. 2010. «O republicanismo». In *História da Primeira República Portuguesa*, coord. Fernando Rosas e Maria F. Rollo, Lisboa: Tinta da China, pp. 61-77.

¹⁴¹ Sardica, José. 2010. «Introdução. Desafios e impasses na história do Terceiro Império Português». In *A Primeira República e as Colónias Portuguesas*, coord. José M. Sardica, Lisboa: EEPAL e CEPCEP, pp. 17-18.

¹⁴² *Ibidem*.

¹⁴³ Wheeler, Douglas. 2000. «"Mais Leis do que mosquitos": A Primeira República portuguesa e o Império Ultramarino (1910-1926)». In *A Primeira República Portuguesa. Entre o Liberalismo e o Autoritarismo*, coord. António Costa Pinto e Nuno Severiano Teixeira, Lisboa: Colibri, p. 138.

¹⁴⁴ Proença, Maria. 2009. «A questão colonial». In *História da Primeira República Portuguesa*, coord. Fernando Rosas e Maria F. Rollo, Lisboa: Edições Tinta da China (Edição de Bolso), pp. 206-209 e Pimenta, Fernando. 2005. *Op. cit.* (137), pp. 68-70.

governança republicana do império. Durante o primeiro período (1910-1919) a agenda política foi marcada pelas seguintes prioridades:

- a) A conclusão das campanhas militares portuguesas de "pacificação" e de ocupação das regiões do interior;
- b) A luta contra as pretensões e os ataques alemães em Angola e Moçambique ao longo da Primeira Guerra Mundial (1914-1918);
- c) A tentativa de instituir uma "política nativa", bem como uma administração civil, baseadas nos princípios de descentralização do poder;
- d) As políticas e iniciativas económicas e financeiras concebidas para promover a prosperidade colonial e os lucros da metrópole, que incidiam no desenvolvimento da agricultura, do comércio e da exploração das matérias-primas das colónias;
- e) A promoção de iniciativas que visassem melhorar as suas infra-estruturas (rede de comunicações e transportes, saúde e segurança social, educação, liberdades políticas e cívicas).¹⁴⁵

A todos esses objectivos sobrepuseram-se os esforços efectuados com a Primeira Guerra Mundial, cujas consequências se estenderam à própria organização da administração colonial, designadamente, dá-se a remilitarização da administração colonial e, na metrópole, com a subida de Sidónio Pais ao poder reactivam-se as tendências centralizadoras e autoritárias com a revogação, logo em 1918, do pacote legislativo descentralizador publicado anteriormente.¹⁴⁶

O Sidonismo surgiu assim como reacção a mais um abalo conjuntural que afectou o Estado português e que se iria agravar nos anos subsequentes.¹⁴⁷ Foi então no início dos anos vinte que o regime reassumiu o seu projecto de reorganização e descentralização da prática administrativa colonial, especialmente no que se refere a Angola e Moçambique.¹⁴⁸ A aquisição do controle militar sobre, praticamente, a totalidade dos territórios ultramarinos, que se fez com a ajuda dos contingentes militares enviados para o Ultramar no contexto da guerra, contribuiu para a revitalização do projecto colonial republicano, tal como o fim do governo de Sidónio Pais e, em particular, para o estabelecimento de uma nova ordem internacional mais sensível para as questões que afectavam as populações colonizadas.¹⁴⁹ Entrou-se assim no segundo período da relação da República com as colónias (1919-1926) marcado pela tentativa de modernização da economia e da máquina do Estado colonial, em particular em Angola.¹⁵⁰ Das disposições saídas da conferência de Paz, e reforçadas com a criação da SdN, em 1919 reafirmavam-se as velhas

¹⁴⁵ Wheeler, Douglas. 2000. *Op. cit.* (143), p. 139.

¹⁴⁶ Sardica, José. 2010. *Op. cit.* (141), p. 20.

¹⁴⁷ Telo, António José, 2000. *Op. cit.* (95), pp. 18-19.

¹⁴⁸ Wheeler, Douglas. 2000. *Op. cit.* (143), p. 148.

¹⁴⁹ Sardica, José. 2010. *Op. cit.* (141), p. 20.

¹⁵⁰ Wheeler, Douglas. 2000. *Op. cit.* (143), p. 149.

asserções saídas da Conferência de Berlim de que a acção colonial deveria ser exercida com o duplo propósito de beneficiar os povos nativos e de desenvolver os territórios em prol da comunidade internacional.¹⁵¹ Foram, por esse motivo, dados amplos poderes aos recém-criados cargos de Alto-comissário de Angola e Moçambique, tanto no campo das finanças e da economia, aos quais foi atribuído total controlo sobre o orçamento da colónia, com pouca ou nenhuma interferência por parte do Ministro das Colónias, autorizando-os ainda a nomear os oficiais coloniais, a assinar contractos comerciais de volume ilimitado e a negociar empréstimos no estrangeiro.¹⁵² A acção de José Maria Ribeiro Norton de Matos (1867-1955) em Angola foi marcada por um conjunto de esforços com vista a desenvolver a colónia, nomeadamente, para alargar a rede administrativa a todo o território, para atrair o indígena para a soberania portuguesa e para intensificar a colonização europeia do território.¹⁵³ Manuel de Brito Camacho (1862-1934), o primeiro Alto-Comissário de Moçambique, pelo contrário, rapidamente se deu conta que a sua autonomia se encontrava no “papel”, que na prática quase toda a colónia estava concessionada e a economia era controlada pelo capital estrangeiro ou pelos grandes monopolistas portugueses.¹⁵⁴

No âmbito destas decisões políticas, os colonos brancos de Angola sentindo-se secundarizados no contexto das preocupações reveladas pela metrópole protagonizaram um protesto político cujo objectivo passou por obter o controlo das estruturas governativas da colónia, no quadro de uma autonomia política, administrativa e económica em relação à metrópole.¹⁵⁵ O movimento composto sobretudo por comerciantes, agricultores, funcionários coloniais, jornalistas e intelectuais nasceu no início do século XX a partir de um conjunto de protestos e reivindicações de carácter económico, organizou-se com base nas estruturas associativas locais - grémios maçónicos e associações económicas - e utilizou a imprensa local como veículo preferencial para disseminar as suas ideias.¹⁵⁶ Como resultado de um descontentamento gerado pelo modelo de descentralização adoptado pelos republicanos e com o agravar da situação económica e política na metrópole, os protestos autonomistas adquiriram maior expressão.¹⁵⁷ Como refere Fernando Tavares Pimenta, enquanto a história da evolução político-administrativa da Rodésia do Sul e de outras colónias Britânicas revelavam um fortalecimento contínuo das forças política das minorias brancas, em Angola essa evolução foi muito diferente, o modelo adoptado pela República estava mais próximo ao da Argélia, uma colónia francesa, onde o governador

¹⁵¹ Alexandre, Valentim, 2000. *Op. cit.* (85), pp. 184-185.

¹⁵² Wheeler, Douglas. 2000. *Op. cit.* (143), pp. 149-150.

¹⁵³ Sardica, José. 2010. *Op. cit.* (141), p. 23.

¹⁵⁴ Newitt, Malyn, 1997. *História de Moçambique*. Mem Martins: Publicações Europa-América, p. 374.

¹⁵⁵ Pimenta, Fernando. 2008. *Angola, Os brancos e a independência*. Porto, Edições Afrontamento, p. 71.

¹⁵⁶ Para uma análise das origens, das principais influências e dos elementos mais marcantes da ascensão deste movimento consultar Pimenta, Tavares, 2005. *Op. cit.* (137), pp. 77-94.

¹⁵⁷ Para uma análise comparada dos modelos de governação colonial portugueses, franceses e ingleses ver *Idem*, pp. 63-67.

concentrava a maior parte dos poderes. Essa opção do governo português só satisfazia uma parte das reivindicações dos colonos brancos de Angola, que pugnavam por um modelo que lhes desse maior envolvimento na governação do território em que habitavam.¹⁵⁸ Segundo Valentim Alexandre, contrariamente ao sistema que vigorou durante a monarquia, que do ponto de vista informal mais parecia um regime de autonomia, durante a Primeira República foi implementado um sistema hierarquizado e capaz de dar um certo suporte para o regime avançar com as medidas que cumprissem as suas ambições territorialistas e “civilizadoras”.¹⁵⁹

Posteriormente, o agravamento da conjuntura económica internacional, a instabilidade política nacional e o elevado endividamento da colónia acabaram por justificar a queda de Norton de Matos e o agravamento dos protestos em Angola. Esses episódios foram percebidos na metrópole como uma tentativa de forçar a independência de Angola, receios que jogaram um papel importante na queda da 1ª República e, simultaneamente, na inversão da política descentralizadora iniciada logo em 1926 com a constituição da Ditadura Militar.¹⁶⁰ Estes acontecimentos ocorridos ao nível local coincidiram com a deterioração do ambiente económico e político interno, com o agravamento das clivagens sociais e partidárias, revelando a total incapacidade do Estado português para gerir toda essa conflitualidade.¹⁶¹ Adicionalmente, surgiu a publicação em 1925, na Comissão Temporária da Escravatura da SdN, do célebre Relatório “Ross” relativo às questões do trabalho forçado nas colónias portuguesas, contribuindo também esse episódio para a afirmação política de teses nacionalistas, soberanistas e autoritárias que deram lugar à formação de um governo de Ditadura Militar.¹⁶² As opções do novo regime e a actuação dos novos Altos-Comissários acabaram por agravar ainda mais os sentimentos de sujeição que afectavam os colonos em Angola e fomentar uma escalada de violência que opôs os colonos brancos e o governo da colónia, acabando por reforçar a legitimidade do novo regime nos círculos metropolitanos para prosseguir, e até intensificar, a sua política de concentração de poderes no Ministro das Colónias e, de um modo geral, nos órgãos da administração metropolitana.¹⁶³ Em 1930 foi publicado o Acto Colonial, dando expressão a uma mentalidade dirigista que se reapropriou gradualmente do aparelho administrativo da metrópole.¹⁶⁴ Desta feita, instalou-se um governo efectivamente centralizador,

¹⁵⁸ *Idem*, p. 90.

¹⁵⁹ Alexandre, Valentim. 1999. *Op. cit.* (136), p. 46.

¹⁶⁰ Pimenta, Fernando. 2005. *Op. cit.* (137), p. 102.

¹⁶¹ Pinto, António Costa, 2000. «A queda da Primeira República». In *A Primeira República Portuguesa. Entre o Liberalismo e o Autoritarismo*, coord. António Costa Pinto e Nuno Severiano Teixeira, Lisboa: Colibri, 2000, p. 34.

¹⁶² Alexandre, Valentim. 1993. «Ideologia, economia e política: a questão colonial na implantação do Estado Novo». *Análise Social*, vol. XXVIII, nº 123-124, 4º e 5º, pp. 1120-1123.

¹⁶³ *Idem*, pp. 1132-1136.

¹⁶⁴ Sobre os vários aspectos que consubstanciaram a mentalidade dirigista adoptada pelo regime, nomeadamente o reforço dos sentimentos nacionalistas, a sentida necessidade de proteger a integridade

que beneficiou da conclusão do processo militar de ocupação dos territórios ultramarinos e do reforço da capacidade administrativa do Estado,¹⁶⁵ sendo posteriormente cristalizado após a instituição do regime do Estado Novo, em 1934.¹⁶⁶

A história da medicina tropical e colonial tem sido profundamente influenciada pela ideia de que, em prol da obtenção de controlo sobre as populações e os territórios colonizados, se estabeleceu uma aliança entre um grupo restrito e prestigiado de profissionais e de instituições metropolitanas de medicina tropical e os diversos Estados imperiais europeus. Neste âmbito os historiadores têm procurado compreender de que forma a medicina, no quadro da sua associação com a administração pública colonial, exerceu a sua influência/autoridade sobre os objectos de governação dos impérios. Para o efeito, têm sido apresentados diversos factores que explicam o que predispôs as autoridades nacionais a dar uma tão larga liberdade de acção aos médicos no contexto dos espaços coloniais. Têm sido, igualmente, identificados inúmeros elementos que revelam ao inúmeras “armas” utilizadas pela classe médica para projectar a sua autoridade junto das autoridades políticas. Contudo, a análise do processo que levou à constituição dessa mesma aliança tem sido descurado. Este é um estudo de caso que pretende colmatar a reduzida atenção que tem sido prestada à dinâmica interna de funcionamento das máquinas burocráticas e, em particular, ao papel exercido pelas instituições de medicina tropical na construção da sua própria e da autoridade dos órgãos metropolitanos do Estado imperial. Para tal, esta análise debruçar-se-á sobre os meios e as estratégias utilizadas pela EMT para projectar a sua autoridade, bem como nos aspectos sociais, culturais, ideológicos e materiais que deram forma aos diferentes contextos em que ela operou e que acabaram por se reflectir na forma como os argumentos e as propostas produzidas pelos seus responsáveis foram sendo acolhidas pelos seus interlocutores, fossem eles os médicos das colónias, os membros da comunidade internacional ou as autoridades imperiais portuguesas da metrópole.

Nos próximos capítulos será efectuada uma análise que intersectará o papel desempenhado pela EMT no contexto da política colonial portuguesa em África, na sua íntima relação com os quadros de saúde da metrópole e das colónias, tendo em conta três períodos distintos: entre

do império face às ameaças externas, a vontade de reafirmar um projecto civilizador, pela protecção da unidade política e económica do império e pela sentida necessidade de reforçar os mecanismos fiscalizadores da metrópole ver Alexandre, Valentim. 1993. *Op. cit.* (162) e Silva, Rui. 1989. «O advento do Estado Novo e o Acto Colonial». In *Portugal no Mundo*, dir. Luís de Albuquerque, vol. VI, Lisboa: Publicações Alfa, pp. 308-324.

¹⁶⁵ Proença, Maria. 2010. «A construção territorial do novo império colonial (1890-1930): delimitação, “pacificação” e ocupação». In *A Primeira República e as Colónias Portuguesas*, coord. José M. Sardica, Lisboa: EPAL e CEPCEP, pp. 48-65.

¹⁶⁶ Segundo Rosas, a fase de institucionalização do regime do Estado Novo ficou concluída em 1934. Rosas, Fernando. 1994. «O Estado Novo (1926-1974)». In *História de Portugal*, vol. 7, dir. José Mattoso, Lisboa: Editorial Estampa, pp. 151-241.

1902 e 1913, que correspondeu ao período de afirmação da autoridade científica e política da Escola, compreendido entre a fundação da escola e a sua saída da tutela do Ministério das Colónias; entre 1913 e 1925, período em que a Escola perdeu a sua centralidade científica em prol da ascensão do protagonismo dos médicos dos quadros de saúde das colónias; e, finalmente, entre 1925 e 1935, que corresponde ao período em que a Escola reafirmou o seu protagonismo, e que se inicia com a sua participação na Primeira Conferência Internacional sobre a Doença do Sono organizada pela SdN até à sua substituição pelo Instituto de Medicina Tropical.

Capítulo 2. A criação da Escola de Medicina Tropical de Lisboa e a afirmação da sua autoridade (1902-1913)

Em 1900, o Cônsul alemão em Luanda, Otto Gleim (1866-1929), publicou um artigo na prestigiada revista médica alemã *Archiv für Schiffs-und Tropen-Hygiene* com um conjunto de observações sobre a realidade sanitária angolana, dando nota da ausência de esforços das autoridades portuguesas para debelar a epidemia da doença do sono que grassava nessa colónia.¹⁶⁷ O seu artigo não passou despercebido à classe médica portuguesa, que imediatamente na sessão de 15 de Dezembro de 1900 da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa propôs a organização de uma missão científica para estudar o assunto em Angola.¹⁶⁸ O problema da doença do sono não era novo, nem para a comunidade médica, nem sequer para as autoridades políticas portuguesas.¹⁶⁹ Contudo a epidemia que afligiu Angola neste período, assim como toda a problemática que despontou na metrópole em torno dos seus efeitos, revelou-se uma oportunidade para o grupo de médicos da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa e responsáveis pelo periódico, *A Medicina Contemporânea*, reafirmarem junto das autoridades do País não apenas toda a confiança que depositavam na investigação laboratorial como da necessidade de ir ao terreno para proceder a uma avaliação correcta da situação,¹⁷⁰

Nestes últimos anos grandes descobertas têm sido realizadas em epidemiologia. O agente producteur do cholera-morbus foi demonstrado, o bacilo da peste isolado, os processos de transmissão do paludismo postos a claro. Mas nenhuma dessas descobertas, como tantas outras que têm vindo abrir horizontes novos à patologia, à terapêutica e à profilaxia, nenhuma foi conseguida longe dos lugares onde o mal existe, todas elas foram fruto do maravilhoso das indagações feitas nas localidades infestadas.

A pronta reacção dos médicos portugueses às observações do cidadão germânico também revelou uma grande sensibilidade para os problemas políticos e diplomáticos que constituíam os assuntos médico-científicos relacionados com as colónias, sobretudo tendo como pano de fundo, e ideia legitimadora da agenda de ocupação, a alegada “missão civilizadora” de que os

¹⁶⁷ Gleim, Otto. 1900. «Berichte uber die Schlafkrankheit der Neger im Kongogebiete». *Archiv für Schiffs-und Tropen-Hygiene*, nº 6, pp. 358-363.

¹⁶⁸ s/a. 1900. «Doença do somno». *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, vol. LXIV, nº 7-12, p. 259.

¹⁶⁹ A doença do sono, conhecida a partir de 1904 como tripanossomíase humana, corresponde a um complexo quadro sintomático característico da doença e à presença dos parasitas específicos, do género tripanossoma, nos pacientes. Neste contexto inicial, quando o que está a ser verificado é exactamente se existe relação entre um agente etiológico específico e um conjunto de manifestações sintomáticas e patológicas, o termo «doença do sono» pretende fazer referência apenas ao conjunto sintomático e patológico conhecido até esse período. Sobre as pesquisas efectuadas por médicos portugueses até esta data consultar compilação produzida por Miguel Bombarda em Bombarda, Miguel. 1900. «Doença do somno». *A Medicina Contemporânea*, ano XVIII, nº 51, pp. 421-422.

¹⁷⁰ s/a. 1900. «Doença do Somno - representação dirigida ao governo pela Sociedade das Sciencias Medicas». *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, vol. LXIV, nº 7 a 12, p. 267.

portugueses, a par dos restantes povos “civilizados”, estavam incumbidos, tal como podemos verificar na transcrição abaixo:¹⁷¹

Nestes últimos quatro lustres não há ano que não tenha visto partirem expedições científicas à conquista da verdade, como não há governo da Europa civilizada que alguma vez tenha descurado assuntos de tal magnitude. A Alemanha, a Inglaterra, a França, a Áustria, têm multiplicado as suas expedições científicas e a África e a Ásia têm visto os sábios dos laboratórios europeus arrancarem-se às suas comodidades da vida para irem a essas longínquas e quantas vezes bárbaras paragens, através de perigos e inclemências estudarem de perto alguns desses males terríveis, que são o açoute da humanidade. (...) Necessário é que de Portugal parta uma expedição científica, constituída por homens habituados a estudos, que na nossa África diligencie um esclarecimento que vem a redundar numa questão de humanidade e numa questão de interesse. Necessário é que o País tente um esforço em matéria tão essencial às suas prosperidades materiais e mesmo à sua dignidade de País livre, que muito teria de se envergonhar se outros conseguissem o que para ele é obrigatório alcançar nos tempos da ciência universal que são os de hoje.

Para os médicos portugueses, estas observações ameaçavam nacional e internacionalmente a sua competência profissional; para o governo português tratava-se de mais uma ameaça à imagem e à integridade territorial do País, designadamente por se tratar de um diplomata de uma nação imperial que procurava qualquer pretexto para acusar a administração colonial portuguesa de incapacidade para governar os seus territórios coloniais.¹⁷² Foi neste contexto que surgiu a proposta de Miguel Bombarda (1851-1910), médico e um dos republicanos com maior prestígio e representação popular,¹⁷³ para a organização de uma missão científica com o propósito de estudar a etiologia da doença do sono em Angola, à qual António Ramada Curto (1848-1921), médico com larga experiência nas colónias e ex-governador de Angola, se associou imediatamente.¹⁷⁴ Em 1901, pela portaria de 21 de Fevereiro do mesmo ano, Teixeira de Sousa (1857-1917), Ministro e Secretário de Estado dos Negócios da Marinha e Ultramar,¹⁷⁵ após

¹⁷¹ *Idem*, pp. 267-269.

¹⁷² Efectivamente, pelos princípios estabelecidos na Conferência de Berlim uma avaliação negativa do estado sanitário dos territórios coloniais podia prestar-se a reacções políticas da comunidade internacional pondo em causa, mais uma vez, a capacidade do país de governar as suas colónias, indo, desta forma, além dos problemas que afectavam as relações entre Portugal e a Alemanha.

¹⁷³ Miguel Bombarda fez o curso de medicina na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, tendo concluindo em 1877. Exerceu clínica no Hospital de S. José em Lisboa, foi director do Hospital de Rilhafoles, presidente da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa e da Sociedade Portuguesa de Ciências Naturais. A sua obra médica e científica revela uma ampla diversidade de preocupações, das quais se destacam as doenças mentais. Teve igualmente uma intensa participação na vida social e política do país (na defesa da classe médica, dos ideais científicos ou dos ideais republicanos).

¹⁷⁴ s/a. 1900. *Op. cit.* (168), p. 259. É particularmente relevante o apoio dado por Ramada Curto à proposta da sociedade médica lisboeta, na medida em que este antigo chefe dos serviços de saúde e Governador-geral de Angola era, à data da reunião, o chefe da Repartição de Saúde da Direcção Geral do Ultramar.

¹⁷⁵ Teixeira de Sousa era também ele médico, formado pela Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Foi deputado, Par do Reino, administrador de empresas, assumiu várias pastas ministeriais e foi líder do Partido Regenerador. Presidiu ao último governo da Monarquia Constitucional e foi deposto pela revolução de 5 de Outubro de 1910.

receber uma comitiva enviada pela sociedade médica lisboeta, nomeava uma comissão incumbida de estudar em Angola a doença do sono, devendo a mesma, durante a sua estadia em África, analisar também alguns aspectos por esclarecer sobre a etiologia e transmissão da malária.¹⁷⁶

A inexistência, até à data, de uma política coerente e sistemática de combate à referida patologia prendeu-se com o facto da doença ainda se encontrar mal caracterizada pela comunidade científica e, em consequência disso mesmo, não figurar como uma prioridade entre os médicos coloniais.¹⁷⁷ Efectivamente, os médicos não só não possuíam conhecimentos de qualquer terapêutica eficaz ou de quaisquer medidas de profilaxia contra a doença do sono, como discordavam sobre diversos aspectos relevantes relativamente à sua etiologia. Bombarda,¹⁷⁸ por exemplo, chamou a atenção para a hipótese que Patrick Manson formulara recentemente, de que o parasita da filaria persistente poderia ser o agente etiológico da doença do sono, fazendo, no entanto, notar que essa hipótese contrastava com a pesquisa laboratorial já efectuada por certos investigadores portugueses que apontavam para uma causa bacteriana.¹⁷⁹ Mattos e Silva, médico e subchefe da Armada, por outro lado, tal como outros seus colegas, rejeitava a hipótese desta sequer ser uma patologia contagiosa.¹⁸⁰ Não pode deixar de ser dado destaque a esta posição de Mattos e Silva na medida em que nesta fase os médicos da armada constituíam uma categoria, embora heterogénea, particularmente importante no que concerne aos assuntos médico-coloniais.¹⁸¹ A ausência de uma proposta terapêutica, higiénica ou do âmbito da saúde pública impedia que a comunidade médica colonial se perfilhasse como o parceiro que as autoridades políticas necessitavam.

Entretanto, logo no início de 1901 surgiram os primeiros resultados da actividade da missão. Na comunidade científica as expectativas eram elevadas, e o que começou a surgir publicamente revelava-se muito prometededor – a missão vangloriava-se de ter descoberto o agente etiológico da doença do sono, afirmando que se tratava de uma bactéria.¹⁸²

¹⁷⁶ Portaria de 21 de Fevereiro de 1901. *Diário do Governo*, nº 44, de 25 de Fevereiro de 1901, p. 496.

¹⁷⁷ Esta patologia, contrariamente aos problemas provocados pelo clima, pelo alcoolismo, pelas febres palustres e pela malária, não foi objecto de qualquer comunicação no I Congresso Colonial Nacional organizado em 1901. Ver Óscar Barata. 2005. *Op. cit.* (128), pp. 324-327.

¹⁷⁸ Miguel Bombarda era a data o redactor principal de *A Medicina Contemporânea* e presidente da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa.

¹⁷⁹ Bombarda, Miguel. 1900. *Op. cit.* (169), p. 421.

¹⁸⁰ Silva, Mattos. 1900. «Doença do somno em Angola». *A Medicina Contemporânea*, ano XVIII, nº 51, pp. 422-23.

¹⁸¹ Ribeiro, Pedro. 2002. *Op. cit.* (41).

¹⁸² Bettencourt, Annibal; Mendes, Annibal C.; Kopke, Ayres e Júnior, José. 1901. *Doença do somno. Relatórios enviados ao ministério da marinha pela missão científica nomeada por portaria de 21 de Fevereiro de 1901*. Lisboa: Imprensa de Libânio da Silva, p. 40.

(...) o seu poder patogénico para os animais, os factos de transmissão que as histórias dos doentes, as pessoas que com eles habitam e a própria marcha progressiva e invasora da endemia nos levam a aceitar, são elementos que consideramos suficientes para admitir que a hipnose é de natureza microbiana e que o diplo-estreptococos por nós encontrado é o seu agente etiológico.

O jornal “O Século”, um dos mais importantes órgãos de comunicação portugueses e próximo dos republicanos, fazia notícia dos resultados da missão. Em contraste com a reacção prudente da comunidade médica, encarou-os como um feito à escala global, que se consubstanciava numa vitória de Portugal contra as suas nações rivais:¹⁸³

Dos trabalhos realizados e da vitória alcançada pelos médicos portugueses em concorrência com médicos franceses, ingleses e belgas, ajuíza-se pelo relatório que acaba de dar entrada no ministério da marinha. (...) Enfim, no curto espaço de 70 dias, os médicos portugueses conseguiram uma assinalada vitória, que lhes dá lugar honroso na gloriosa plêiade dos Koch e dos Yersin.

É com total consciência da centralidade política e social que a imprensa tinha adquirido neste período da história portuguesa que, animados pelos resultados e pela expressão pública adquirida pela, alegada, descoberta científica, tanto a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa como o Ministro Teixeira de Sousa procuraram tirar dividendos políticos da missão. Efectivamente, segundo José Miguel Sardica, em Portugal a opinião pública ascendeu à maioria no final do século XIX,¹⁸⁴ “reforçando a sua moderna função de referencial básico da luta política e da agenda quotidiana.” A imprensa tornavam-se assim num actor cada vez mais relevante no “jogo” político do País,¹⁸⁵ “era a grande imprensa de massas, e já não os títulos literários, que fabricava e conduzia a opinião pública urbana.” Inclusive, constata Sardica, as dificuldades reveladas pelo Paço e pelos políticos do sistema no seu relacionamento com a imprensa de massas foi um entre os demais factores que determinaram a queda da monarquia.¹⁸⁶ No final do mês de Outubro de 1901 reuniram-se os médicos para assinalar a abertura das sessões anuais da referida sociedade, tendo Miguel Bombarda, no seu discurso presidencial, proposto a criação de uma Escola de Medicina Colonial, com o objectivo, afirmava, de prosseguir uma efectiva colonização médica nos trópicos de acordo com as novas concepções microbianas de doença:¹⁸⁷

¹⁸³ s/a. 1901. «A doença do somno. Uma bella descoberta». *O Século*, 25 de Setembro, p. 2.

¹⁸⁴ Sardica, José Miguel. 2012. «O poder visível: D. Carlos, a imprensa e a opinião pública no final da monarquia constitucional». *Análise Social*, vol. 203, nº xlvi, p. 348.

¹⁸⁵ *Idem*, p. 352.

¹⁸⁶ *Idem*, p. 354.

¹⁸⁷ Bombarda, Miguel. 1901. «A criação d’uma Escola de medicina colonial». *A Medicina Contemporânea*, ano XIX, nº 43, p. 351.

Pois bem, é preciso que ele [o Ministro Teixeira de Sousa] se abalance à obra de mais larga envergadura e institua uma escola de medicina colonial, que esclareça os nossos médicos das condições que no Ultramar vão encontrar, lhes ensine a tão complexa e tão nova patologia tropical, os industrie no trajecto a seguir dos melhoramentos sanitários locais, por outro lado aconselhe os governos, forneça especial instrução aos agentes colonizadores que vivem longe da medicina, e por fim faça a exploração dos factos no sentido do descobrimento de condições patogénicas e respectivas aplicações profilácticas e terapêuticas.

Para Bombarda o novo projecto deveria contemplar determinadas funções, das quais destacou a instrução dos médicos e de outros agentes colonizadores, o aconselhamento técnico ao governo para a definição da política sanitária colonial, e o incentivo à investigação no âmbito das patologias exóticas, da sua terapêutica e profilaxia.¹⁸⁸ Os responsáveis pela *Medicina Contemporânea* acompanhavam desde o início do século XX, com a publicação de diversas notícias, a constituição e a reorganização de instituições de ensino e de investigação de patologia tropical em Inglaterra, França e na Alemanha. Com essas notícias procuravam sensibilizar os políticos e os médicos portugueses para a importância que os Países desenvolvidos davam às questões do clima e da saúde, no processo de ocupação das suas colónias, e, igualmente, destacar o estatuto adquirido pela medicina experimental como modo eficaz para lidar com essas realidades exóticas.¹⁸⁹ Após um período em que haviam pugnado, apenas, por uma reorganização do ensino médico ministrado na Escola Naval,¹⁹⁰ os médicos apoiavam-se agora nos êxitos da missão portuguesa e na receptividade revelada pelo ministro às suas propostas iniciais, para reclamar a construção de uma Escola de medicina colonial de raiz,¹⁹¹ “organizada à maneira daquelas que apontámos da Inglaterra.”

Na sessão, de 28 de Janeiro de 1902, da Câmara dos Senhores Deputados, o Ministro dos Negócios da Marinha e Ultramar apresentou quatro propostas de lei, entre as quais se encontrava a proposta de implementação de um Hospital Colonial (HC) e do ensino da medicina especial dos climas tropicais.¹⁹² O ministro, demonstrando grande sensibilidade para os argumentos usados pelos seus colegas médicos, justificou a criação da instituição com motivos de ordem prática, moral, sanitária e civilizacional.¹⁹³ A proposta foi discutida na sessão da câmara e em várias comissões (Ultramar, Marinha, Saúde Pública, Instrução Especial) e foi aprovada, tendo sido bem recebida pelas diversas forças políticas, nomeadamente pelos deputados Moreira Júnior, Egas Moniz e Lima Duque, todos eles médicos de profissão e

¹⁸⁸ *Ibidem*.

¹⁸⁹ s/a. 1900. «Institutos coloniais». *A Medicina Contemporânea*, ano XVIII, nº 43, p. 357.

¹⁹⁰ Kopke, Ayres. 1901. «Ensino de pathologia colonial». *A Medicina Contemporânea*, vol. XIX, nº 11, p. 86.

¹⁹¹ Bombarda, Miguel. 1901. *Op. cit.* (187), p. 351.

¹⁹² Sessão da Câmara dos Deputados nº 10, de 28 de Janeiro de 1902. *Diário da Câmara dos Senhores Deputados* de 28 de Janeiro de 1902, p. 1.

¹⁹³ *Idem*, pp. 17-18.

membros dos vários partidos que constituíam a câmara. Só o deputado Oliveira Matos se opôs totalmente ao projecto, alegando motivos financeiros.¹⁹⁴ A 24 de Abril de 1902 foi publicado um decreto régio que autorizou o governo a criar um Hospital Colonial em Lisboa e o ensino de medicina tropical.¹⁹⁵

O governo português iniciou o processo de instalação da EMT ainda antes de receber autorização legislativa para o fazer, que só lhe foi atribuída pela publicação do decreto-lei de 24 de Abril de 1902. No dia 9 de Abril de 1902, a Direcção Geral do Ultramar (DGU) fez diligências junto da Direcção Geral da Marinha, para que esta autorizasse os seus técnicos a entrar no Edifício da Cordoaria Nacional com o objectivo de verificar as condições para nele se instalar o HC.¹⁹⁶ Cerca de um mês depois, no dia 10 de Maio, uma nova comunicação entre os mesmos intervenientes dava conta da autorização ministerial para que o pavilhão Leste do edifício da Cordoaria Nacional passasse para a posse da DGU, “...a fim de ser convenientemente adaptado a instalação do Hospital Colonial recentemente criado.”¹⁹⁷ A avaliar pelas próprias palavras do ministro António Teixeira de Sousa, o seu envolvimento pessoal foi determinante para o desenlace deste projecto: “era velho costume esquecer as leis depois de feitas. Eu pretendi fazer uma excepção a esta regra, e por isso me propus a instalar a Escola e o Hospital.”¹⁹⁸

¹⁹⁴ Sessão da Câmara dos Deputados nº 24, de 26 de Fevereiro de 1902. *Diário da Câmara dos Senhores Deputados* de 26 de Fevereiro de 1902, pp. 12-20 e Sessão da Câmara dos Deputados nº 25, de 28 de Fevereiro de 1902. *Diário da Câmara dos Senhores Deputados* de 28 de Fevereiro de 1902, pp. 3-13.

¹⁹⁵ Carta de lei de 24 de Abril de 1902. *Diário do Governo*, nº 98, de 3 de Maio de 1902, p. 1209.

¹⁹⁶ Ofício de 09 de Abril de 1902, do Director Geral do Ultramar dirigido à Direcção Geral da Marinha, *In* Livro de minutas da 5ª Repartição da DGU, “1902. Decretos. Portarias. Notas para a Direcção Geral da Marinha. Telegramas. Requisições”.

¹⁹⁷ Ofício de 10 de Maio de 1902, do Director Geral do Ultramar dirigido à Direcção Geral da Marinha, *In* Livro de minutas da 5ª Repartição da DGU, “1902. Decretos. Portarias. Notas para a Direcção Geral da Marinha. Telegramas. Requisições”.

¹⁹⁸ Sousa, A. Teixeira. 1912. *Para a História da Revolução*. Vol.1, Coimbra: Livraria Editora Moura Marques e Paraísos, p. 255.



Figura 2.1. Fotografia do edifício da Cordoaria Nacional onde se encontrava instalada a Escola de Medicina Tropical de Lisboa.¹⁹⁹

Foi com o mesmo espírito de urgência que, a 14 de Abril de 1902 Ayres Kopke (1866-1947)²⁰⁰ foi autorizado a deslocar-se ao estrangeiro com o intuito de visitar algumas instituições de ensino e investigação de medicina tropical e colonial.²⁰¹ Na esteira do diálogo que se tinha estabelecido entre o grupo de médicos portugueses partidários da medicina experimental e a administração colonial, Kopke deslocou-se a França e a Inglaterra a fim de recolher informações sobre as instituições médicas destes Países e, desta forma, definir um modelo de organização para a instituição portuguesa. Deu início à sua visita de estudo nas cidades de Bordéus e Marselha, ficando mal impressionado com aquilo que encontrou nas instituições francesas.²⁰² Em seguida deslocou-se a Londres e aí visitou a Escola de Medicina Tropical, acompanhado por

¹⁹⁹ Fonte: Arquivo do Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

²⁰⁰ Ayres José Kopke Correia Pinto frequentou o curso de medicina na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa acompanhado por Câmara Pestana, Moreira Júnior, José de Magalhães e Brito Camacho, tendo concluído o curso em 1889. Nesse mesmo ano foi colocado como médico da Armada onde teve a oportunidade de exercer a sua profissão em diversas possessões ultramarinas, nomeadamente Macau, Angola e Cabo Verde. O seu interesse pela investigação laboratorial, nomeadamente no âmbito da bacteriologia e parasitologia, e sobretudo as pesquisas que levou a cabo sobre o paludismo, valeram-lhe a nomeação em 1897 para o cargo de director do Gabinete de Bacteriologia do Hospital da Marinha. Foi responsável pela terapêutica da missão que foi enviada em 1901 pelo governo português para estudar a doença do sono e a malária em Angola. Assumiu cargos de director do serviço de análises na Associação Nacional de Tuberculosos, director da EMT de 1928 a 1936, presidente da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa (1915) e membro do Conselho Superior das Colónias. Recebeu ainda inúmeros louvores e condecorações pela forma como representou o país nas diversas reuniões científicas internacionais em que participou. Em 1937 foi-lhe atribuído o título de director honorário do Instituto de Medicina Tropical.

²⁰¹ Portaria de 14 de Abril de 1902, *In Livro de minutas da 5ª Repartição da Direcção Geral do Ultramar, 1902. Decretos. Portarias. Notas para a Direcção Geral da Marinha. Telegramas. Requisições.*

²⁰² s/a. 1902. «Escola portuguesa de medicina tropical». *A Medicina Contemporânea*, ano XX, nº 35, 1902, p. 278.

Patrick Manson, tendo ficado com uma opinião bastante favorável relativamente às condições que lá encontrou.²⁰³ A preferência pelo modelo inglês foi também corroborada por Teixeira de Sousa: “seguindo o exemplo da grande Inglaterra, tomei a iniciativa de uma lei que criou, em Lisboa, a Escola de Medicina Tropical e o Hospital Colonial.”²⁰⁴

O relatório da viagem de Kopke contém um conjunto de propostas que revelam a sua intenção de fundar em Lisboa um estabelecimento vocacionado para a investigação experimental no âmbito das patologias exóticas. No seu relatório propôs que fosse criado um hospital que funcionasse junto à escola médica, tendo em vista o desenvolvimento de uma colaboração activa entre ambos os estabelecimentos, tal como verificara no funcionamento da Escola de Medicina Tropical de Londres.²⁰⁵ Considerou também imprescindível que os laboratórios fossem equipados de modo a torná-los capazes de executar um vasto número de análises bacteriológicas e parasitológicas, para além de exames histopatológicos, e que fossem contempladas instalações para os animais que iriam servir de cobaias nos trabalhos experimentais.²⁰⁶ Propôs, ainda, que a Escola fosse dotada de um museu escolar, com meios e equipamentos vocacionados para recolher e organizar as colecções dos artrópodes responsáveis pela disseminação das doenças tropicais.²⁰⁷ Finalmente, uma outra recomendação revela que Kopke pretendeu assegurar à Escola uma outra função que ia para além do ensino e da produção de conhecimento médico e científico. Na sua opinião esta deveria ficar encarregada da publicação de um jornal científico de medicina tropical, que servisse para promover a investigação realizada na Escola e as pesquisas efectuadas por médicos portugueses que exerciam a sua actividade nas colónias ou na armada. Desde modo, a Escola ficaria com a responsabilidade de regular a qualidade da produção científica referente aos assuntos da higiene e das patologias tropicais, na medida em que apenas seriam publicados os relatórios e os estudos que fossem “julgados obras de valor científico”.²⁰⁸ Kopke estava, assim, a desenvolver esforços para institucionalizar a medicina tropical em Portugal o que, na sua óptica, correspondia a assumir um papel preponderante na socialização dos seus paradigmas no seio da comunidade médica e política portuguesa (os seus métodos, práticas e teorias). Dava, desta forma, expressão ao que observara na sua visita à escola médica londrina, mas procurava, igualmente, materializar a visão de Patrick Manson para a medicina tropical. Adicionalmente, procurava satisfazer a ambição dos médicos portugueses,

²⁰³ *Ibidem.*

²⁰⁴ Sousa, A. Teixeira. 1912. *Op. cit.* (198), p. 255.

²⁰⁵ s/a. 1902. *Op. cit.* (202), p. 279.

²⁰⁶ *Ibidem.*

²⁰⁷ No artigo 23º do regulamento da Escola de Medicina Tropical ficou previsto a constituição de um museu escolar. Decreto de 24 de Dezembro de 1902. *Diário do Governo*, nº 6, de 9 de Janeiro de 1903, pp. 89-90.

²⁰⁸ s/a. 1902. *Op. cit.* (202), p. 280.

que tinham proposto a reorganização do ensino de patologia tropical em prol de um ensino mais prático e do desenvolvimento de pesquisa médica laboratorial.



Figura 2.2. Fotografia de Ayres Kopke.²⁰⁹

Kopke foi entretanto nomeado professor da cadeira de Bacteriologia e Parasitologia da Escola. No mesmo dia, a 2 de Agosto de 1902, foram também nomeados António Ramada Curto, como director do HC e da EMT, António Maria de Lencastre (1857-1944),²¹⁰ professor da cadeira de patologia e clínica, e Francisco Xavier da Silva Telles (1860-1930),²¹¹ professor da cadeira de higiene e climatologia.²¹² No primeiro ano lectivo da Escola (1902-1903) as aulas tiveram lugar

²⁰⁹ Pereira, Artur; Botelho, Luiz e Soares, Jorge. 2006. *A Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa e os seus Presidentes (1835-2006)*. Lisboa: Fundação Oriente, p. 165.

²¹⁰ António Maria de Lencastre formou-se em medicina pela Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa em 1881. Em 1876 tornou-se médico da Armada, tendo atingido o posto de Capitão Tenente. Foi nomeado lente da 7ª cadeira da Escola Naval em 1887 e exonerado em 1895. Em 1897 foi de novo nomeado lente da 13ª cadeira do mesmo curso. Foi Par do Reino, membro do Conselho Superior de Saúde, Primeiro Secretário-geral da Assistência Nacional aos Tuberculosos e Director da EMT (1904-1906). Era Monárquico e assumiu o cargo de Primeiro Médico da Real Câmara. Abandonou o lugar de docente que tinha na EMT imediatamente após a revolução republicana.

²¹¹ Francisco Xavier da Silva Telles formou-se em medicina pela Escola Médico-cirúrgica de Lisboa em 1880. Prosseguiu a carreira de médico na Armada Portuguesa tendo atingido o cargo de Capitão-de-mar-e-guerra. Para além de professor da EMT regeu também a cadeira de geografia do Curso Superior de Letras, da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa e na Escola Normal Superior. Foi director da EMT (1910-1928), Deputado da Nação, Ministro da Instrução Pública (1929) e Reitor da Universidade de Lisboa (1928).

²¹² Decreto de 2 de Agosto de 1902. *Diário do Governo*, nº 178, de 11 de Agosto de 1902, p. 2465.

em espaços cedidos pelo Real Instituto Bacteriológico e pelo Depósito de Praças do Ultramar, enquanto decorriam as obras de remodelação no edifício da Cordoaria Nacional.²¹³ No ano lectivo seguinte decorreram já nas novas instalações. Quanto à sua actividade científica, a EMT iniciou os seus trabalhos no final de 1903 e a 19 de Novembro de 1904, Ramada Curto, director da EMT, pediu autorização para que se desse início à publicação dos *Archivos de Hygiene e Patologia Exoticas*, afirmando que já existiam trabalhos científicos em quantidade e qualidade suficiente para justificar a sua circulação.²¹⁴ A 24 de Novembro do mesmo ano, a Repartição de Saúde da DGU respondeu, informando os responsáveis pela Escola de que o Ministro tinha dado autorização.²¹⁵ O primeiro volume foi publicado em 1905 e, por autorização concedida pelo Ministro, foi distribuído gratuitamente pelos médicos do ultramar e da armada.²¹⁶ Estes foram os primeiros esforços da Escola para convencer a máquina administrativa do Estado português a suprir as suas necessidades de ensino e de investigação. Um processo que se revelou complexo, pondo em evidência, sobretudo, as dificuldades do governo central em exercer a sua autoridade nos domínios ultramarinos.

Quando Ayres Kopke começou a desenvolver as suas pesquisas ainda persistiam diversas dúvidas na comunidade científica relativamente à verdadeira causa da doença do sono. Nos anos transactos esta doença adquirira cada vez maior importância sanitária, política e científica e, com o propósito de a caracterizar do ponto de vista da sua patologia, epidemiologia e etiologia, vários Países europeus tinham enviado missões científicas a África. Finalmente, em 1904, foi formulada a hipótese de que o agente etiológico da doença do sono seria um parasita da espécie *tripanosoma gambiense*, e que a sua disseminação se fazia através do seu vector da espécie *glossina palpalis*, uma hipótese que acabou por adquirir gradualmente maior proeminência e legitimidade no interior da comunidade científica.²¹⁷ No entanto, isso só aconteceu após um intenso debate que se instalou na comunidade médica. Efectivamente, a diversidade de abordagens utilizadas e de hipóteses avançadas por cada equipe de investigadores geraram um conjunto de controvérsias acerca do agente etiológico da doença, sobre a quem pertencia a prioridade da descoberta e sobre a qualidade científica das investigações executadas, tanto no

²¹³ Lencastre, António. 1905. «Ensino de Medicina Colonial». *Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas*, vol. 1, fasc. 1, p. VII.

²¹⁴ Ofício de 19 de Novembro de 1904, do Director da Escola de Medicina Tropical para a Direcção Geral do Ultramar. AHU: 3356 | 1A | SEMU | DGU | pa | 1904-1905 | Proc.º 1-100 | ULT |

²¹⁵ Ofício de 24 de Novembro de 1904, do Director Geral do Ultramar para o director da Escola de Medicina Tropical, *In Livro de minutas da 5ª Repartição da DGU, 1904. Offícios para diversas autoridades. Notas para o Depósito de Praças do Ultramar.*

²¹⁶ Ofício de 04 de Outubro de 1905, do Director Geral do Ultramar dirigido ao director da Escola de Medicina Tropical, *In Livro de minutas da Repartição de Saúde da Direcção Geral do Ultramar, 1905. Offícios para diversas autoridades. Notas para o Depósito de Praças do Ultramar.*

²¹⁷ Kopke faz referência a esta hipótese fazendo referência ao resumo dos trabalhos da missão inglesa publicado no *British Medical Journal*. Ver s/a. 1903. «The etiology of Sleeping Sickness». *The British Medical Journal*, vol. 2, nº 2238, pp. 1343-1350.

plano nacional como internacional.²¹⁸ A título de exemplo, das dúvidas que surgiram na comunidade científica sobre a validade da hipótese parasitária, pode-se destacar uma curta intervenção de Patrick Manson realizada na 72ª reunião anual da *British Medical Association*, organizada em 1904, na qual teceu diversas críticas às conclusões obtidas pelos investigadores britânicos, sobretudo, dizia, por se encontrarem suportadas em evidências epidemiológicas em detrimento das evidências experimentais e patológicas.²¹⁹

Ayres Kopke, para além de ter, ele próprio, acrescentado outras questões, foi receptivo aos argumentos de Manson,²²⁰ chamando a atenção para o facto de até essa data nenhum investigador ter sido capaz de fazer crescer os tripanossomas em meios de cultura e de, adicionalmente, apenas uma parte dos animais inoculados pelos investigadores ingleses terem desenvolvido o quadro sintomático da respectiva patologia.²²¹ A sua cautela também se deveu ao facto da missão portuguesa ter observado, com base em procedimentos experimentais, uma elevada quantidade de bactérias nos órgãos dos centros nervosos afectados pela doença.²²² A falsificação da hipótese bacteriológica representava ainda a perda de um dos “estandartes” da comunidade de médicos experimentalistas portugueses, uma comunidade que se encontrava numa fase precoce da sua consolidação, contando com as suas próprias narrativas de sucesso para continuar o seu percurso de afirmação social e política. Por tudo isto se compreende a posição céptica adoptada por Ayres Kopke relativamente à hipótese parasitológica. No entanto, o investigador português não foi insensível ao facto dos estudos epidemiológicos apontarem para a existência de uma coincidência entre a distribuição do tripanossoma, da *glossina palpalis* e dos indivíduos afectados pelo complexo sintomático da doença do sono. Esta incerteza de Kopke acabou mesmo por marcar o início da pesquisa experimental da EMT de Lisboa. Efectivamente, a primeira estratégia de investigação adoptada nesse estabelecimento passou por esclarecer se o tripanossoma era a única causa da doença do sono ou uma infecção que enfraquecia o organismo e o deixava vulnerável ao seu verdadeiro agente etiológico, que seria, por hipótese, o estreptococo identificado pela equipa portuguesa em 1901:²²³

Depois dos trabalhos da missão portuguesa, de Castellani, de Bruce e de Brumpt, estava indicado estudar qual o papel desempenhado pelos tripanossomas e

²¹⁸ Para uma análise à controvérsia da doença do sono, no plano nacional e transnacional consulte-se Amaral, Isabel. 2012. *Op. cit.* (56) e Boyd, John. 1973. *Op. cit.* (56).

²¹⁹ Manson, Patrick. 1904. «Sem título». *The British Medical Journal*, vol. 2, nº 2277, p. 379.

²²⁰ Kopke, Ayres. 1905. «Investigações sobre a doença do sono.» *Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas*, vol. 1, fasc. 1, p. 1-5.

²²¹ *Idem*, p. 5.

²²² Bettencourt, Annibal; Mendes, Annibal C.; Kopke, Ayres e Júnior, José. 1901. *Op. cit.* (182), pp. 36-38.

²²³ Kopke, Ayres. 1904. «Bacteriologia e Parasitologia Tropical». *A Medicina Contemporânea*, ano XXII, nº 20, p. 164.

estreptococos na produção do complexo sintomático e lesões próprias da doença do sono.

(...) necessário se torna, a meu ver, continuar nos doentes e nos animais inoculados a pesquisa destes estreptococos, que mais não seja para os excluir com rigor científico, de qualquer papel etiológico na evolução da doença.

Como foi acima referido, com o decorrer do tempo a hipótese parasitária foi ganhando cada vez mais apoio da comunidade científica e Kopke também acabou por a aceitar. E o foco da investigação da Escola deixou de estar centrado na problemática da etiologia e passou a estar focado na terapêutica, assumindo a Escola o propósito de desenvolver uma cura específica para a doença.²²⁴

A primeira série de ensaios no domínio da terapêutica aplicada teve início no final de 1904, aproveitando os doentes que entretanto se encontravam internados no HC. Foram experimentados vários tipos diferentes de medicamentos, dos quais se destacam o cacodilato de sódio, duas tinturas de Kola, Arseniato de soda, licor de arrenal, iodeto de potássio, tintura de iodo e colargol.²²⁵ Estas substâncias tinham sido já referenciadas em investigações recentes. Por exemplo, Alphonse Laveran apresentara alguns resultados positivos com o uso de arseniato de soda contra a nagana (*T. brucei*).²²⁶ Patrick Manson em colaboração com Daniels tinham publicado um artigo no *British Medical Journal* no qual relatavam os resultados da aplicação do arrenal, do cacodilato de sódio e de outros medicamentos num paciente europeu.²²⁷ Nestes primeiros ensaios, Kopke começou por testar os medicamentos isoladamente e em combinações diversas, comparando a eficácia de cada série e, simultaneamente, procurando definir a posologia mais eficaz. No entanto os resultados não foram animadores.²²⁸ Estas primeiras investigações confirmaram, contudo, algumas indicações que já circulavam na comunidade médica sobre as vantagens do uso dos arsenicais contras as tripanossomíases.²²⁹

Em Julho de 1905 chegaram cinco doentes enviados pela Sociedade de Agricultura Colonial da ilha do Príncipe. Kopke aproveitou esta oportunidade para avaliar a eficácia do vermelho tripânico em humanos, de acordo com as instruções de Paul Ehrlich (1854-1915), e da

²²⁴ Kopke, Ayres. 1906. «Trypanosomiase humaine». *Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas*, vol. 1, fasc. 2, p. 162.

²²⁵ Kopke, Ayres. 1905. *Op. cit.* (220), pp. 64-65.

²²⁶ Nagana é uma tripanossomíase (*T. brucei*) que infecta diversos animais vertebrados, nos quais se incluem algumas das espécies de gado economicamente mais importantes. Sobre as pesquisas mencionadas ver Laveran, Alphonse e Mesnil, Félix. 1902. «Recherches sur le traitement et la prévention du Nagana». *Annales de l'Institut Pasteur*, ano 16º, nº 11, p. 792.

²²⁷ Manson, Patrick e Daniels, Charles. 1903. «Remarks on a case of trypanosomiasis». *The British Medical Journal*, vol. 1, nº 2213, pp. 1249-1252.

²²⁸ Kopke, Ayres. 1905. *Op. cit.* (220), p. 64.

²²⁹ Wolferstan, Thomas. 1905. «Some experiments in the treatment of trypanosomiasis». *The British Medical Journal*, vol. 2317, pp. 1140.

combinação do vermelho tripânico com o arseniato de sódio já testada por Alphonse Laveran e uma outra combinação testada por Wolferstan Thomas (1875-1931), da Escola de Medicina Tropical de Liverpool, que havia substituído o arseniato de sódio pelo atoxil.²³⁰ Esta utilização do atoxil em humanos foi uma novidade. Até então tinha sido testado apenas em animais. Durante estas experiências, que decorreram entre Julho e Agosto de 1905, Kopke foi dando conta da ineficácia e dos efeitos secundários perniciosos do arseniato de sódio e do vermelho tripânico, concentrando-se gradualmente nos efeitos terapêuticos positivos que o atoxil começou a revelar.²³¹ Os resultados iniciais com este último medicamento eram promissores, Kopke constatara que o atoxil tinha uma acção real sobre os sintomas da doença, chegando mesmo a eliminar os tripanossomas encontrados no sangue e no suco ganglionar. No entanto, essa acção terapêutica não se verificara igualmente no espaço subaracnóide, o atoxil não demonstrava capacidade para eliminar os tripanossomas que já tinham invadido o líquido cefalorraquidiano, nos casos em que a doença já se encontrava num estado mais avançado.²³² Esses doentes morriam invariavelmente.

Os resultados da pesquisa sobre os efeitos terapêuticos do atoxil em humanos foram comunicados em 1906, durante o XV Congresso Internacional de Medicina em Lisboa.²³³ Neste congresso foram ainda apresentadas mais duas comunicações com os resultados da pesquisa desenvolvida na Escola, da autoria de José de Magalhães, médico naval, demonstrador da cadeira de Bacteriologia e Parasitologia da Escola e principal colaborador de Ayres Kopke. Este momento marcou o início da afirmação nacional e internacional da pesquisa da EMT no âmbito da doença do sono e, do mesmo modo, foi a sua estreia enquanto membro do grupo transnacional de instituições pioneiras da disciplina de medicina tropical. De facto, nos anos seguintes a Escola participou regularmente nas sucessivas reuniões científicas internacionais que contavam com a participação regular de representantes dos principais estabelecimentos europeus vocacionados para o ensino e de investigação de patologias exóticas.²³⁴ As comunicações apresentadas nesses encontros versaram invariavelmente sobre os resultados dos ensaios com o atoxil e de outras substâncias que foram surgindo no mercado, fazendo ainda

²³⁰ Kopke, Ayres. 1906. *Op. cit.* (224), p. 166.

²³¹ *Idem*, pp. 166-167.

²³² *Idem*, p. 171.

²³³ Magalhães, José. 1906. «Étude, au point de vue thérapeutique, de la perméabilité méningée dans la trypanosomiase humaine». *XV Congrès International de Médecine*, fasc. 2, pp. 304-307 e Magalhães, José. 1906. «Troubles cérébelleux et bulbaires dans la maladie du sommeil». *XV Congrès International de Médecine*, fasc. 1, pp. 343-348.

²³⁴ No ano de 1907 Ayres Kopke ainda participou na Primeira Conferência Internacional sobre a Doença do Sono e no XIVº Congresso de Higiene e Demografia de Berlim, em 1908 no XVI Congresso Internacional de Medicina de Budapeste, em 1910 participou no Congresso de Agronomia Tropical e Colonial de Londres e, finalmente, em 1913 no Congresso Internacional de Medicina de Londres. Sobre a participação dos professores da Escola de Medicina Tropical em reuniões científicas entre 1902 e 1932. Amaral, Isabel. 2008. *Op. cit.* (51), pp. 317-319.

referência, Ayres Kopke, a alguns factos novos que foram ganhando destaque na comunidade científica. Entre 1906 e 1907, surgiram notícias de pesquisas semelhantes, como sejam a do investigador alemão, Robert Koch, e do belga, van Campenhoudt (1865-1956).²³⁵ Estes estudos vieram fortalecer os resultados obtidos pela escola médica portuguesa, relativamente ao facto do atoxil produzir efeitos benéficos sobre os indivíduos atacados pela doença. No entanto, esta proliferação de notícias foi encarada como uma ameaça por Ayres Kopke. Este considerou que o seu estudo tinha sido precursor relativamente a todos os demais e que era a ele que cabia a prioridade dos avanços na terapêutica da doença.²³⁶ O que estava em jogo era a sua reputação pessoal enquanto profissional, mas também, de novo, a reputação dos médicos nacionais. Após o desaire português na investigação do agente etiológico da tripanossomíase, os resultados no âmbito da terapêutica surgiam, agora, como uma oportunidade para fortalecer a legitimidade da comunidade médica portuguesa partidária da medicina experimental e de conceder maior reputação à EMT de Lisboa.

Para desenvolver a sua investigação, os responsáveis da Escola encetaram esforços no sentido de mobilizar a DGU com o intuito de suprir as suas necessidades. No decorrer do ano de 1902, ainda na fase de instalação da Escola, os serviços do ministério solicitaram aos chefes dos serviços de saúde das colónias que enviassem para Lisboa remessas dos insectos mais frequentes nas províncias.²³⁷ Em Setembro de 1903, a DGU voltou a insistir com as autoridades de saúde das colónias para que estes remetessem material específico necessário às pesquisas da Escola, isto é, doentes e exemplares de insectos hematófagos.²³⁸ No início de 1904, o chefe do serviço de saúde de Angola, dirigiu-se à Repartição de Saúde da DGU a fim de explicar os motivos pelos quais apenas tinha sido possível enviar dois doentes, justificando que os pacientes africanos se recusavam a viajar para Lisboa.²³⁹ No entanto, os documentos enviados em anexo ao ofício do chefe do serviço de saúde de Angola demonstram que este processo de recrutamento de material biológico para a Escola debatia-se com um rol de dificuldades mais

²³⁵ s/a. 1907. «Doença do somno». *Portugal em África*, vol. 14, nº 14, pp. 150-151; s/a. 1906. «Os últimos trabalhos de Koch. A doença do somno vencida...». *A Medicina Contemporânea*, ano XXIV, nº 52, pp. 409-411 e s/a. 1907. «Tratamento da doença do somno». *A Medicina Contemporânea*, ano XXV, nº 13, pp. 100-101.

²³⁶ s/a. 1907. Acta da sessão de 29 de Dezembro de 1906 da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, vol. LXXI, nº 1, p. 38.

²³⁷ Ofício de 5 de Novembro de 1902, do Director Geral do Ultramar dirigido ao Chefe do Serviço de Saúde de Angola, *In Livro de minutas da 5ª Repartição da Direcção Geral do Ultramar, 1902. Offícios para todas as provincias ultramarinas.*

²³⁸ Ofício de 11 de Setembro de 1903, do Director Geral do Ultramar dirigido ao Governador-geral interino da província de Angola, *In Livro de minutas da 5ª Repartição da DGU, 1903. Offícios para todas as provincias ultramarinas* e Ofício de 18 de Setembro de 1903, do Director Geral do Ultramar dirigido ao Governador da província da Guiné Portuguesa, *In Livro de minutas da 5ª Repartição da DGU, 1903. Offícios para todas as provincias ultramarinas.*

²³⁹ Ofício nº 4, de 11 de Janeiro de 1904, da Repartição de Saúde da Província de Angola dirigido ao Director Geral do Ultramar. AHU: 3356 | 1A | SEMU | DGU | pa | 1904-1905 | Proc.º 1-100 | ULT

alargado. Por um lado, o chefe do serviço de saúde de Angola revelou ao Governador-geral da colónia que tinha dúvidas relativamente a quem devia caber a tarefa de recolher exemplares das moscas hematófagas exigida pelo governo central. Na sua óptica quem tinha mais competência para cumprir essa tarefa seria um naturalista.²⁴⁰ Aparentemente, procurava contornar a falta de preparação dos médicos do quadro de saúde para localizar, identificar e acomodar correctamente os exemplares entomológicos requeridos. Por outro, os delegados de saúde de Angola, que tinham sido mobilizados pelo chefe do serviço de saúde da colónia com o objectivo de cumprir as exigências da Escola, referiram-se a um conjunto de problemas adicionais, nomeadamente, a ausência de colaboração dos proprietários agrícolas e dos administradores dos Concelhos, a falta de acesso aos doentes atacados pelas patologias requeridas, a inexistência de hospitais e enfermarias na circunscrição e, ainda, a recusa dos pacientes em se deslocarem para Lisboa.²⁴¹ Em suma, a Escola ambicionava prosseguir com as suas investigações médico-científicas mas a falta de implantação e autoridade do Estado imperial português em África revelavam uma total incapacidade da metrópole para obter os recursos de que a instituição necessitava.

Em 1904 surgiu uma epidemia de beribéri na ilha de São Tomé. A EMT foi solicitada pela administração colonial para enviar uma missão à província com o intuito de estudar o problema *in loco*. Ayres Kopke, vendo uma oportunidade para contornar o problema de falta de acesso a doentes, aproveitou essa ocasião para prosseguir as suas pesquisas em Angola no âmbito da doença do sono, que nesta fase ainda se referiam ao esclarecimento cabal da sua etiologia. O Director Geral do Ultramar solicitou ao Governador-geral de Angola e ao Governador de S. Tomé e Príncipe que prestassem todo o apoio a Ayres Kopke, na sua qualidade de chefe da missão.²⁴² À chegada a Luanda a missão solicitou ao Governador-geral e ao seu chefe do serviço de saúde que fossem enviados para o Hospital Maria Pia doentes ou suspeitos de doença do sono, provenientes de diversas localidades da província, e o maior número possível de exemplares de moscas hematófagas.²⁴³ Este esforço de recrutamento deu-lhe acesso a trinta

²⁴⁰ Cópia do Ofício de 12 de Outubro de 1903, do Chefe da Repartição de Saúde da Província de Angola dirigido ao Secretário-geral do Governo da Província de Angola. AHU: 3356 | 1A | SEMU | DGU | pa | 1904-1905 | Proc.º 1-100 | ULT |

²⁴¹ Ver, a título de exemplo, os seguintes documentos: Cópia do ofício nº 44, de 30 de Novembro de 1903, do Delegado de saúde de Landana dirigido ao Chefe do Serviço de Saúde da província de Angola; Cópia do ofício nº 11, de 11 de Novembro de 1903, do Delegado de Saúde de Ambaca dirigido ao Chefe do Serviço de Saúde da província de Angola; Cópia do ofício nº 42, de 2 de Novembro de 1902, do Delegado de Saúde do Alto-Dande dirigido ao Chefe do Serviço de Saúde da província de Angola. AHU: 3356 | 1A | SEMU | DGU | pa | 1904-1905 | Proc.º 1-100 | ULT |

²⁴² Ofício de 21 de Maio de 1904, do Director Geral do Ultramar dirigido ao Governador-geral da Província de Angola, *In* Livro de minutas da 5ª Repartição da DGU, 1904. *Offícios para todas as provincias ultramarinas* e Ofício de 22 de Maio de 1904, Director Geral do Ultramar dirigido ao Governador da Província de S. Tomé e Príncipe, *In* Livro de minutas da 5ª Repartição da DGU, 1904. *Offícios para todas as provincias ultramarinas*.

²⁴³ Kopke, Ayres. 1905. *Op. cit.* (220), p. 5.

novos doentes, com os quais prosseguiu as suas investigações, em colaboração com o director do laboratório bacteriológico do referido Hospital, Aníbal Correia Mendes (1870-1919). Na viagem de retorno para Lisboa, a missão aproveitou a paragem feita em São Tomé para se deslocar à ilha do Príncipe. Aí, com a colaboração de António Damas Mora (1879-1949), facultativo de 2ª classe e delegado de saúde da ilha, surgiu a oportunidade de proceder a observações a mais seis doentes e de solicitar outros exemplares de glossinas.²⁴⁴ Esta actividade permitiu que entre o final de 1903 e Maio de 1905, aquando da elaboração de uma segunda publicação com os relatos da investigação produzida na EMT, Ayres Kopke tivesse reunido para investigar um total de quarenta e quatro doentes, entre doentes e suspeitos de doença.²⁴⁵ Para além do mais, permitiu enriquecer a colecção entomológica da Escola, nomeadamente com exemplares de moscas do género glossina.

Em 1907, no decorrer da Primeira Conferência Internacional sobre a Doença do Sono realizada em Londres, Kopke anunciou a constituição de uma nova missão científica portuguesa.²⁴⁶ Segundo os responsáveis políticos a organização desta nova missão de estudo enviada à ilha do Príncipe justificava-se pelas suas implicações económicas e civilizacionais. Para Ayres d'Ornelas de Vasconcellos, Ministro de Estado e dos Negócios da Marinha e Ultramar (1837-1880), a doença do sono dizimava as populações e a economia de Angola e de São Tomé e Príncipe, fazendo do combate a essa doença um dever de humanidade e um preceito de boa administração.²⁴⁷ É ainda de referir que a ilha do Príncipe foi também considerada a escolha acertada por motivos científicos. Por se tratar de uma área pequena e confinada e com um número reduzido de habitantes, os responsáveis pela Escola consideravam que seria possível exercer um maior controlo sobre as populações e, desta forma, sobre o impacto das medidas ensaiadas no terreno.²⁴⁸ A missão portuguesa adoptou as instruções técnicas concebidas por Alphonse Laveran que serviram de base aos trabalhos da missão francesa enviada ao Congo Francês, em 1906, pela Sociedade de Geografia de Paris, dando igual ênfase à importância do diagnóstico precoce da patologia em questão, do estudo da sua profilaxia, da distribuição das glossinas e da presença de tripanossomas nos humanos e em diversos animais.²⁴⁹

²⁴⁴ *Idem*, p. 26.

²⁴⁵ *Idem*, p. 37.

²⁴⁶ s/a. 1907. *Proceedings of the First International Conference on the Sleeping Sickness, held at London in June 1907: Presented to Both Houses of Parliament by Command of His Majesty. October 1907*, London: H. M. Stationery Office, p. 26.

²⁴⁷ s/a. 1907. *Instruções para a Missão Medica encarregada do Estudo da Doença do Somno na Ilha do Príncipe elaboradas pela Escola de Medicina Tropical. Portaria de 1 de Junho de 1907*. Lisboa: Imprensa Nacional, p. 4.

²⁴⁸ s/a. 1907. *Proceedings of the First International Conference on the Sleeping Sickness, held at London in June 1907: Presented to Both Houses of Parliament by Command of His Majesty. October 1907.*» *Op. cit.* (246), p. 28.

²⁴⁹ Alphonse Laveran foi o investigador responsável pela redacção das instruções médicas que serviram de orientação aos trabalhos da missão francesa enviada ao Congo em 1906, com o objectivo de investigar

Correia Mendes foi nomeado chefe da missão. O aprofundamento das relações deste com Ayres Kopke, a somar ao facto de se encontrar sintonizado com a generalidade dos pressupostos científicos da investigação levada a cabo pela Escola, fizeram dele um homem de confiança e um candidato óbvio para executar a nova missão. De facto, Correia Mendes, na qualidade de director do laboratório bacteriológico do Hospital Maria Pia, tal como Ayres Kopke, tinha feito parte da primeira missão portuguesa enviada em 1901 a Angola para estudar a doença do sono. Posteriormente, no âmbito da actividade da primeira missão da Escola, enviada em 1904 com o fim de estudar o beribéri em S. Tomé e a doença do sono em Angola, voltaram a colaborar. Entre 1905 e 1908 foi nomeado demonstrador da cadeira de Bacteriologia e Parasitologia da EMT, da qual era responsável o professor Ayres Kopke.²⁵⁰ As suas credenciais científicas tinham ficado estabelecidas com os artigos que publicou sobre a distribuição das glossinas de Angola, em 1905 e 1907, respectivamente, no primeiro e terceiro número dos *Archivos de Higiene e Patologia Exoticas*.²⁵¹ A missão liderada por Correia Mendes organizou a sua intervenção dividindo a ilha em quatro regiões e colocando um médico responsável por cada sector, considerando que assim poderiam assumir um controle laboratorial mais apertado e proceder ao diagnóstico do maior número de habitantes da ilha.²⁵²

Para Kopke a missão continha objectivos científicos bem definidos, nomeadamente, o de confirmar em definitivo os efeitos terapêuticos do atoxil e avaliar os seus efeitos profiláticos, “...um programa que actualmente se faça, para estudos a realizar sobre a doença do sono, deve ter em mira o tratamento e as questões que se ligam com a profilaxia, visto que a etiologia está feita e que a sintomatologia e anatomia patológica estão minuciosamente descritas.”²⁵³ Relativamente ao primeiro objectivo, tratava-se de avaliar a eficácia do atoxil, e de outras substâncias, em doentes que ainda tinham o espaço subaracnóide livre de tripanossoma. Kopke, e outros investigadores, há muito que constatará que as tentativas de tratar os doentes após a invasão do líquido cefalorraquidiano pelos parasitas revelavam-se infrutíferas. Para além do mais, sabendo que a doença do sono se desenvolvia muito lentamente, passando,

diversos aspectos relacionados com a doença do sono e propor medidas para o seu combate. As suas instruções foram publicadas no relatório da referida missão, ver Martin, Gustave ; Leboeuf, Alexis e Roubaud, Émile. 1909. *Rapport de la Mission d'Études de la Maladie du Sommeil au Congo Français*, 1906-1908. Paris: Masson & Cie. Éditeurs, pp. 8-17.

²⁵⁰ Azevedo, Fraga. s/d. *Cinquenta anos de Actividade do Instituto de Medicina Tropical (24 de Abril de 1902 – 24 de Abril de 1952)*. Lisboa: Oficinas Gráficas Casa Portuguesa, p. 90.

²⁵¹ Mendes, Annibal. 1905. «Glossinas de Angola». *Archivos de Higiene e Pathologia Exoticas*, vol. 1, nº 1, pp. 66-71 e Mendes, Annibal. 1907. «Subsidio para a prophylaxia da doença do somno em Angola - Distribuição Geographica das Glossinas no districto de Loanda». *Archivos de Higiene e Pathologia Exoticas*, vol. 1, nº 3, pp. 392-401.

²⁵² Mendes, A. Correia; Monteiro, A. Silva; Mora, A. Damas e Bruto da Costa, Bernardo. 1909. «La maladie du sommeil a L'Île du Prince. Rapport Présenté au Ministère de la Marine et des Colonies». *Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas*, vol. 2, fasc. 2º, p. 276.

²⁵³ s/a. 1907. *Op. cit.* (247), p. 6.

inclusivamente, por fases de diminuição do seu quadro sintomático, o investigador português alegava que essa situação poderia ser interpretada facilmente como um resultado positivo do uso dos medicamentos testados. Por esse motivo entendeu que só seria possível certificar os efeitos curativos do atoxil caso se procedessem a longas observações em indivíduos cujo tratamento se deveria iniciar numa fase precoce do desenvolvimento da doença, isto é, quando os tripanossomas ainda não tinham invadido o líquido cefalorraquidiano, tendo o cuidado de os deslocar para locais isentos da endemia, para não inviabilizar os resultados das investigações devido às reinfeções.²⁵⁴ Por outro lado a missão também foi encarregada de promover ensaios de atoxil em larga escala, com o objectivo de avaliar os seus efeitos enquanto agente profilático, de acordo com as ideias proferidas pelo investigador germânico Robert Koch.²⁵⁵ A missão foi ainda instruída para proceder a um conjunto mais alargado de pesquisas tendo como propósito verificar quais as condições que facilitavam a propagação da doença na ilha, nomeadamente, o clima, a vegetação, os animais selvagens e domésticos e as diferentes espécies de moscas hematófagas. Finalmente, o estudo pretendia ser um contributo para o processo de definição das estratégias de combate à doença do sono na Ilha do Príncipe e nas demais colónias portuguesas.²⁵⁶

A missão constituiu outra oportunidade para a Escola aceder a mais alguns doentes. Neste caso particular procuravam-se pacientes com um perfil clínico específico, isto é, de casos que sofriam da doença na sua fase mais precoce, e que ainda não tinha sido objecto de ensaios de terapêutica aplicada.²⁵⁷ Em função dos objectivos delineados os responsáveis pela Escola definiram uma estratégia que passava por uma boa articulação entre a actividade *in loco* da missão e a investigação que continuaria a decorrer nas instalações de Lisboa, contando para isso que os seus membros enviassem doentes para a metrópole:²⁵⁸

Some of the patients will be sent to Lisbon immediately after the beginning of the atoxyl treatment so that they may be watched without fear of their reinfection, which is always apt to take place in the Island of Principe. According to the results obtained and only when these are ascertained, we mean systematically to apply the new method in other regions of the African continent.

²⁵⁴ s/a. 1907. *Proceedings of the First International Conference on the Sleeping Sickness, held at London in June 1907: Presented to Both Houses of Parliament by Command of His Majesty. October 1907. Op. cit.* (246), pp. 27-28.

²⁵⁵ *Idem*, p. 28.

²⁵⁶ s/a. 1907. *Op. cit.* (247), p. 4.

²⁵⁷ O quinino, que era usado como medicamento preventivo da malária, serviu de inspiração para esta nova estratégia de ensaios com o atoxil, nos quais se procurou averiguar da sua real capacidade como medicamento preventivo da doença do sono, daí a importância de aceder a indivíduos que sofriam da doença na sua fase inicial.

²⁵⁸ s/a. 1907. *Proceedings of the First International Conference on the Sleeping Sickness, held at London in June 1907: Presented to Both Houses of Parliament by Command of His Majesty. October 1907. Op. cit.* (246), pp. 28-29.

O chefe da missão foi mesmo instruído directamente por Kopke para enviar doentes nas condições requeridas para o HC em Lisboa ou, em alternativa, para a Ilha de S. Tomé, onde a doença também não existia endemicamente.²⁵⁹ De imediato, começaram a chegar à enfermaria do HC doentes provenientes da ilha do Príncipe enviados pela missão médica.²⁶⁰

No relatório final da missão foram incluídas questões relativas à história da doença na ilha. Os médicos relacionaram o “boom” endémico manifestado no final do século XIX com o recrutamento de serviçais de territórios onde a doença também se manifestava endemicamente. O trabalho executado permitiu adquirir uma maior familiarização com as condições naturais, sanitárias e culturais da ilha. Foi ainda possível relacionar a distribuição dos indivíduos atacados pela hipnose²⁶¹ com a distribuição das glossinas e conhecer melhor o comportamento alimentar e de nidificação destas últimas.²⁶² No final os membros da missão revelaram um grande optimismo quanto à possibilidade de erradicar a doença na ilha e deixaram bem explícitos os princípios sobre os quais se deveriam alicerçar as intervenções sanitárias no futuro, isto é, no extermínio das glossinas e no impedimento do alastramento de novas infecções.²⁶³

Toutes ces circonstances favorables rendent la prophylaxie de l'hypnose plus exécutable, et d'une plus grande probabilité de réussite.

La prophylaxie de la maladie du sommeil se résume naturellement en deux points :

- i. Lutter contre les glossines, y compris l'établissement de différentes mesures, destinées à garantir les individus contre les piqures de ces insectes.
- ii. Ôter aux glossines l'opportunité de s'infecter, soit en évitant l'entrée dans l'île d'individus portant des trypanosomes, soit en soignant et en isolant ceux qui se trouvent déjà infectés.

Do ponto de vista internacional os resultados científicos da missão foram apresentados por Kopke, em 1909, no XVIº Congresso Internacional de Medicina de Budapeste. Na sua comunicação reafirmou o que já estabelecera anteriormente, que o efeito curativo do atoxil dependia da sua aplicação numa fase precoce da doença. No entanto, estas conclusões estavam agora alicerçadas num maior número de doentes observados, por um período de tempo de observação mais alargado e, sobretudo, pelo acompanhamento clínico de pacientes que tinham

²⁵⁹ Kopke, Ayres. 1909. «Traitement de la Trypanosomiase Humaine». *Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas*, vol. 2, fasc. 2, pp. 221-223.

²⁶⁰ Entre 9-01-1908 e 21-10-1908 entraram 21 indivíduos no Hospital Colonial provenientes da S. Tomé e Príncipe, só um tinha naturalidade portuguesa, 19 receberam tratamentos prévios de atoxil antes de serem enviados para Lisboa, de todos eles só quatro chegaram a Lisboa sem invasão de tripanossomas no líquido cefalorraquidiano, isto é, nas condições requeridas por Ayres Kopke. Ver *Idem*, pp. 219-270.

²⁶¹ O termo hipnose era uma forma mais coloquial de denominar a doença do sono.

²⁶² Mendes, A. Correia; Monteiro, A. Silva; Mora, A. Damas e Bruto da Costa, Bernardo. 1909. *Op. cit.* (252), pp. 275-282, 340-341.

²⁶³ *Idem*, p. 341.

recebido tratamento numa fase em que a doença ainda não tinha progredido significativamente.²⁶⁴

No período subsequente a Escola prosseguiu as suas investigações com os doentes que tinham sido enviados pelos médicos da missão para as enfermarias do HC. Em 1911, contudo, a Escola voltava a lamentar-se junto da Direcção Geral das Colónias (DGC) pelo facto de não ter recebido doentes desde 1909, isto é, desde que os médicos da missão tinham abandonado a ilha do Príncipe. Segundo Silva Teles, entretanto nomeado director da Escola, essa situação dificultava o cumprimento da sua missão educativa e científica.²⁶⁵

²⁶⁴ Kopke, Ayres. 1909. *Op. cit.* (259), p. 228.

²⁶⁵ Essa queixa foi veiculada em dois momentos em termos muito similares, Ofício nº 12, de 27 de Março de 1911, do Director da Escola de Medicina Tropical dirigidos ao Director Geral do Ministério das Colónias e Ofício nº20, de 16 de Maio de 1911 do Director da Escola de Medicina Tropical dirigidos ao Director Geral do Ministério das Colónias. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

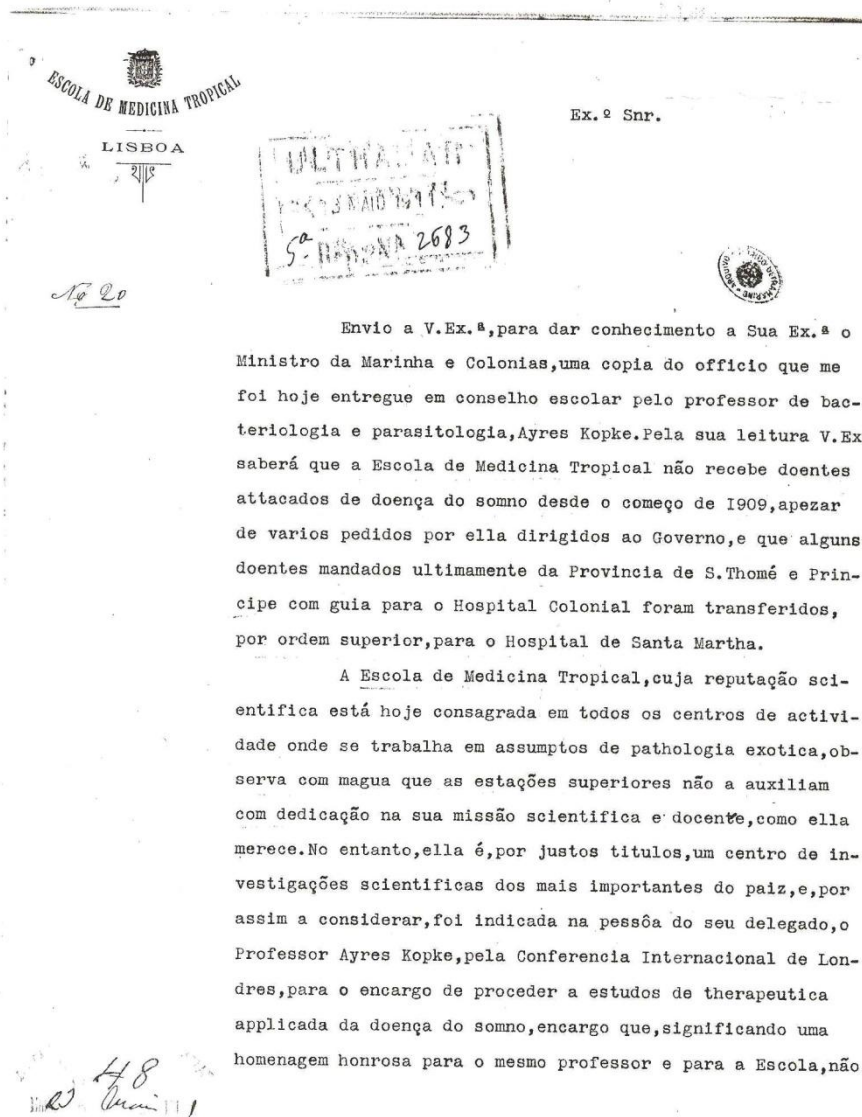


Figura 2.3. Ofício do Director da Escola de Medicina Tropical dirigido ao Director-geral do Ministério das Colónias, 16 de Maio de 1911.²⁶⁶

Com o intuito de persuadir as autoridades políticas o director destacou os resultados científicos obtidos pela Escola desde a sua fundação e de como eles projectavam o nome de Portugal no estrangeiro.²⁶⁷ No seu ofício fez referências específicas à participação de Ayres Kopke em várias reuniões científicas internacionais, dando relevo aos seus contributos para o avanço do conhecimento sobre a terapêutica da doença do sono. Enumerou, ainda, uma série de elogios dirigidos à Escola por diversos membros da comunidade internacional, chamando a atenção das autoridades em particular para o acolhimento que tinha recebido a sua proposta de investigação que consistia em isolar indivíduos atacados de doença do sono em locais livres da referida

²⁶⁶ Ofício nº20, de 16 de Maio de 1911, *Op. cit.* (265). AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mc | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

²⁶⁷ Ofício nº 12 de 27 de Março de 1911, *Op. cit.* (265), p. 1. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mc | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

patologia com o objectivo último de avaliar de forma mais segura a eficácia terapêutica do atoxil.²⁶⁸ Finalmente fez uma menção especial à nomeação de Ayres Kopke para integrar a comissão técnica criada na primeira Conferência Internacional sobre a Doença do Sono realizada em Londres, a par de Raphael Blanchard (1857-1919), Alphonse Laveran e Paul Ehrlich.²⁶⁹ Sob proposta de Patrick Manson, Kopke ficou responsável pela terapêutica aplicada da doença do sono no âmbito da referida comissão. Para Silva Teles essa nomeação só podia significar o reconhecimento internacional da Escola, isto é, do “valor dos nossos trabalhos”.²⁷⁰ No final do documento lamentou o facto das instâncias superiores não darem o auxílio que a instituição merecia e que lhe permitia “...conservar o alto nome científico que criou e manter o crédito do nosso País nos trabalhos de investigação sobre patologia tropical.”²⁷¹ Este lamento da Escola gerou uma troca de correspondência entre as duas estruturas da administração colonial, acabando a DGC por informar a instituição científica que o governo tinha voltado a solicitar a todos os governadores das colónias para que continuassem a ser enviadas remessas de diferentes patologias exóticas para Lisboa.²⁷² Devido à continuação dos esforços da Escola para persuadir o governo central e as autoridades, sobretudo, das províncias de Angola e S. Tomé e Príncipe, as enfermarias do HC voltaram a receber doentes de tripanossomíase. No final de 1913, o número de doentes utilizado por Kopke nas suas investigações já ascendia a cento e trinta e quatro indivíduos.²⁷³

As recomendações propostas pela EMT de Lisboa no quadro das pesquisas executadas na ilha do Príncipe, a par dos exemplos dados por outras nações, deram confiança às autoridades políticas e sanitárias das províncias ultramarinas, nomeadamente de S. Tomé e Príncipe e de Angola, a tomar a iniciativa de combater a doença do sono nos seus territórios. Em 1911, Bernardo Bruto da Costa (1878-1948), director do laboratório de bacteriologia do Hospital de S. Tomé, foi nomeado pelo governo da colónia para liderar uma missão com o fim de combater a doença do sono na ilha do Príncipe.²⁷⁴ Este médico era diplomado pela Escola, tinha já publicado dois artigos nos *Archivos de Hygiene e Pathologia Exóticas*, que revelavam a sua

²⁶⁸ *Idem*, p. 5. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

²⁶⁹ *Ibidem*. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

²⁷⁰ *Idem*, p. 2. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

²⁷¹ *Idem*, p. 8. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

²⁷² Ofício nº 417, de 25 de Maio de 1911, da Repartição de Saúde da Direcção Geral das Colónias dirigido à Escola de Medicina Tropical. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

²⁷³ Kopke, Ayres. 1916. *Estudo da doença do sono. Memoria premiada no concurso de 1915 e apresentada sob a divisa: Therapia Sterilisan Magna pelo Dr. Ayres Kopke á Comissão de Protecção aos Indígenas das Colónias Portuguesas*. Lisboa: Sociedade de Geografia de Lisboa, p. 110.

²⁷⁴ Bruto da Costa, Bernardo. 1939. *Vinte e três anos ao serviço de país no combate às doenças em África*. Lisboa: Livraria Portugália, pp. 90-91.

adesão à cultura experimental, e participara na missão liderada por Correia Mendes.²⁷⁵ Os restantes membros da missão, José Firmino de Sant`Anna, António Correia dos Santos e Manuel Araújo Álvares, eram todos eles também diplomados pela EMT.²⁷⁶ Segundo Bruto da Costa, o governador António Miranda Guedes (1875-1937) começou por lhe conceder plenos poderes para cumprir o exigente plano concebido para evitar a propagação da doença do sono na ilha, que foi publicado no *Boletim Oficial do Governo da Província de S. Tomé e Príncipe* em Fevereiro de 1911. Neste documento encontravam-se contempladas algumas medidas que cabiam aos proprietários e à população executar, como sejam, a limpeza total da floresta numa orla de 100 metros ao redor das suas plantações, o abate integral e a proibição de criação de porcos em toda a ilha, a aplicação de redes metálicas nas janelas dos estábulos e em todas as habitações, a aplicação de uma cobertura preta com uma camada de visco por cima dos animais que se encontrassem a trabalhar e a exigência de uma indumentária específica para os serviços empregados na agricultura (para certos casos específicos estava ainda prevista a cobertura desses funcionários com os panos pretos revestidos com a já referida camada de visco). Finalmente, foi exigido aos proprietários que sujeitassem num prazo de 24 horas todos os seus empregados que fossem picados pela mosca tsé-tsé a uma injeção de atoxil.²⁷⁷ Miranda Guedes e Bruto da Costa viajaram juntos para o Príncipe onde reuniram com os habitantes e proprietários da ilha na Câmara Municipal da cidade de S. António com o propósito de os convencer da bondade das medidas preconizadas. O chefe da missão considerou que a presença do Governador no arranque dos trabalhos da missão, e sobretudo nessas primeiras reuniões, foi determinante para afirmar a sua autoridade.²⁷⁸ Em função do poder que detinham no território, os proprietários agrícolas revelaram-se desde logo o grupo mais complicado de coagir a executar as medidas contempladas na lei.²⁷⁹ Os trabalhos da missão decorreram até 1914 e cessaram com a notícia de que a doença tinha sido erradicada da ilha.²⁸⁰

Na preparação desta iniciativa local ocorreu um episódio que é revelador da autoridade adquirida pela EMT junto dos agentes políticos e sanitários coloniais e do modo como a instituição foi solicitada pelo poder central com o fim de regular a actividade dos médicos coloniais, isto é, para impor na comunidade médica colonial uma determinada abordagem

²⁷⁵ Bruto da Costa, Bernardo. 1906. «Estudos sobre a etiologia da febre biliosa hemoglobinurica». *Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas*, vol. 1, nº 2, pp. 218-273 e Bruto da Costa, Bernardo. 1910. «Casos de Beribéri em S. Tomé». *Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas*, vol. 3, nº 1, pp. 79-88.

²⁷⁶ Azevedo, Fraga. s/d. *Op. cit.* (250), pp. 98-99.

²⁷⁷ Portaria nº 85 de 10 de Janeiro de 1911. *Boletim Oficial da Província de S. Tomé e Príncipe*, nº 7, 16 de Fevereiro de 1911, Série I, pp. 68-70.

²⁷⁸ Bruto da Costa, Bernardo. 1939. *Op. cit.* (274), pp. 91-93.

²⁷⁹ *Idem*, p. 94.

²⁸⁰ Bruto da Costa, Bernardo; Sant`Anna, J. Firmino; Santos, António e Álvares, Manuel. 1915. «Relatório Final da Missão da Doença do Sono da Ilha do Príncipe (1912-1914)». *Arquivos de Higiene e Patologia Exoticas*, vol. 5, p. 155.

científica. O episódio remete para uma situação ocorrida na província de S. Tomé e Príncipe, no período de preparação da missão liderada por Bruto da Costa. O subchefe do serviço de saúde, Francisco da Silva Garcia, opunha-se às teorias científicas em vigor e considerava a doença do sono não uma tripanossomíase mas uma intoxicação alimentar causada pelo abuso no consumo de peixe seco mal preparado. A sua opinião não era novidade para os médicos coloniais, nem sequer para o governo local e central, em 1905 publicara dois artigos a defender a sua tese, um deles na revista colonial *Portugal em África* e um outro no jornal médico, *Medicina Moderna*.²⁸¹ Inclusivamente, no passado já tinha sido colocado numa posição desconfortável por defender esta teoria. Num concurso para preencher uma vaga para o lugar de 2º subchefe do serviço de saúde da província de S. Tomé e Príncipe realizado em 1904, que deveria pertencer por direito de antiguidade a Francisco Silva Garcia, o chefe da repartição de saúde de Angola e S. Tomé e Príncipe afirmou que o médico em causa, para além de revelar um comportamento discordante com as exigências impostas a um militar, não tinha probidade científica para exercer esse lugar de chefia, como podemos perceber na transcrição abaixo:²⁸²

No documento C a falta de probidade científica é ainda mais manifesta, porque desconhecendo os trabalhos das comissões científicas a respeito da doença do sono, das quais fazem parte homens esclarecidos na ciência bacteriológica, diz verdadeiras barbaridades científicas, e acaba por afirmar que curou seis doentes atacados de hipnose com medicamentos há muitos anos empregados, embora sob outra fórmula, pelos médicos do ultramar sem o mais insignificante resultado.

No ano de 1911 o Governador, Miranda Guedes, deparava-se de novo com declarações do mesmo teor. No entanto, à data, Silva Garcia já ocupava o lugar de subchefe do serviço de saúde, sendo portanto um alto funcionário da colónia, com a agravante das suas declarações terem sido proferidas numa sessão extraordinária da Junta de Saúde da província.²⁸³ Para Miranda Guedes essa situação não podia ser ocultada e tinha de ser resolvida por instâncias superiores, como se pode ler:²⁸⁴

Foram de tal modo incisivas e até documentadas, de experimentações suas e citações alheias, aquelas declarações oficiais do subchefe do serviço de saúde desta

²⁸¹ Garcia, Francisco. 1905. «Contribuição para o tratamento da doença do sono - 2ª comunicação - Estado da questão em 31 de Dezembro de 1904». *Portugal em África*, ano 12, nº 134, p. 61-71 e Garcia, Francisco. 1905. «Apontamentos sobre a etiologia e tratamento da doença do sono». *Medicina Moderna*, ano IV, nº 136, pp. 288-290.

²⁸² *Proposta para a promoção a 2º subchefe do serviço de saúde de Angola e S. Tomé e Príncipe*, incluso ao Ofício nº 3399, de 26 de Novembro de 1904, do Governador-geral da Província de Angola dirigido ao Ministro e Secretário de Estado dos Negócios da Marinha e Ultramar, p. 3. AHU: 3356 | 1A | SEMU | DGU | pa | 1904-1905 | Proc.º 1-100 | ULT | (documento manuscrito)

²⁸³ Ofício nº 48, de 16 de Março de 1911, do Governador da Província de S. Tomé e Príncipe para o Ministro da Marinha e Colónias. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

²⁸⁴ *Ibidem*.

colónia que eu, sem competência para as conhecer nos seus fundamentos científicos, entendi não poder nem dever ocultá-las nem frustrar-lhe o seu seguimento até ao governo da República.

Em questões científicas, interessando de mais a mais, como esta, à vida e coisa da humanidade, devem sempre, em meu entender, admitir-se todas as dúvidas suscitadas e averiguar todas as hipóteses apresentadas, por quem disponha da capacidade profissional para as sugerir.

Como responsável máximo da província, numa ocasião em que se preparava para iniciar uma intervenção sanitária que se demonstrava delicada do ponto de vista político, este conflito poderia comportar sérios riscos. A doença do sono constituía um grave problema sanitário e económico na ilha e as medidas previstas no plano de combate eram extremamente rigorosas, exigindo o envolvimento tanto dos habitantes como dos proprietários agrícolas da ilha. Por esse motivo Miranda Guedes considerava que não poderiam persistir quaisquer dúvidas relativamente aos pressupostos sobre os quais se iria estabelecer o combate à doença na ilha, principalmente entre os agentes que tinham a responsabilidade de o levar a cabo. O governador estava preocupado com a unidade da classe médica da colónia e convocou a referida sessão extraordinária da Junta de Saúde com vista a dar uma resposta a essa situação, “solicitando da Junta de Saúde instrução de carácter simples, de fácil compreensão e facilmente aplicáveis na ilha à luz das medidas expressas no relatório publicado pela missão de Correia Mendes”.²⁸⁵ Em Março de 1911 o Governador da Província de S. Tomé e Príncipe comunicou ao Ministro da Marinha e Colónias a existência da controvérsia de natureza científica que estava a dividir os médicos do serviço de saúde da colónia, enviando para Lisboa diversos documentos relativos a essa questão.²⁸⁶ No Ministério coube, em primeiro lugar, à Repartição de Saúde da DGC pronunciar-se sobre a situação. Esta, entendendo que o assunto era uma matéria do foro científico, considerou adequado remeter a questão para a EMT, da seguinte forma:²⁸⁷

Como se trata principalmente de assunto científico meramente especulativo, em que o subchefe de saúde Silva Garcia mais uma vez insiste na sua hipótese de que a doença do sono é devida ao uso do peixe seco podre, parece-me então indicado que estes documentos vão com vista à Escola de Medicina Tropical.

A Escola perfilhou as opiniões de Bernardo Bruto da Costa e Joaquim António de Oliveira, dois médicos que também estavam presentes na mencionada sessão extraordinária da Junta de Saúde

²⁸⁵ Acta da Sessão Extraordinária de 9 de Fevereiro de 1911 da Junta de Saúde Pública da província de S. Tomé e Príncipe, p. 1. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

²⁸⁶ Ofício nº 48, de 16 de Março de 1911, *Op. cit.* (283). AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

²⁸⁷ Inscrições produzidas pela 5ª Repartição, datadas de 15 de Abril de 1911, inclusas no Ofício nº 48, de 16 de Março de 1911, *Op. cit.* (283). AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

da Província de S. Tomé e Príncipe e que tinham discordado de Silva Garcia.²⁸⁸ O ministério fez chegar a opinião da EMT ao Governador de S. Tomé e Príncipe, aos chefes dos serviços de saúde de Angola e de S. Tomé e Príncipe e ao próprio Francisco da Silva Garcia.²⁸⁹ Inclusivamente, mais tarde, o Ministério acabou por solicitar à Escola um documento mais completo no qual figurassem os avanços científicos recentes sobre a etiologia, o tratamento e a profilaxia da doença do sono. Este documento deu entrada nos serviços do ministério uns meses mais tarde acompanhado de um pedido de autorização para a sua publicação n' *A Medicina Contemporânea*. Ayres Kopke justificou o pedido com o intuito de distribuir pelos médicos das colónias a referida memória, em formato de separata, e assim promover as ideias nele contidas.²⁹⁰ O texto acabou por ser efectivamente publicado no referido periódico com o título *Sobre a doença do somno (progressos na etiologia, tratamento e prophylaxia)*.²⁹¹ Kopke apresentou um conjunto de argumentos que rejeitavam por completo a hipótese da intoxicação alimentar como causa da doença. Neste documento reiterava a importância dos estudos laboratoriais e dava de novo expressão aos conhecimentos e à abordagem veiculada pela comunidade científica internacional.

É também no início da segunda década do século XX que as autoridades da colónia de Angola começaram a enfrentar a epidemia da doença do sono que grassava nesse território. Em 1910 as autoridades de saúde locais, sob proposta de Correia Mendes, insistiram na necessidade de proceder a uma pesquisa minuciosa às glossinas no território de Angola.²⁹² Para justificar a sua proposta fizeram referência aos trabalhos desenvolvidos em S. Tomé e Príncipe e ao facto das outras nações coloniais também preconizarem, como base para a estratégia de combate à doença do sono, o desenvolvimento de estudos sobre a distribuição das glossinas e dos doentes com tripanossomíase. Para aumentar o interesse político desta medida chamaram ainda a atenção das autoridades para o benefício económico que um estudo desta natureza poderia trazer, na medida em que o insecto responsável pela propagação da doença nos humanos era o mesmo relativamente a certas doenças que afectavam os animais de produção.²⁹³ Finalmente, indo ao encontro do projecto científico idealizado pela EMT de Lisboa,²⁹⁴ os médicos de Angola

²⁸⁸ Ofício nº 16, de 21 de Abril de 1911, da Escola de Medicina Tropical dirigida ao Director Geral das Colónias. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

²⁸⁹ Ofício nº 316, de 26 de Abril de 1911, da Direcção Geral das Colónias para o Governador e subchefe do serviço de saúde da Província de S. Tomé e Príncipe e para o chefe do serviço de saúde de Angola. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

²⁹⁰ Ofício nº 28, de 27 de Junho de 1911, da Escola de Medicina Tropical dirigido à Direcção Geral das Colónias. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

²⁹¹ Kopke, Ayres. 1911. «Sobre a doença do somno (progressos na etiologia, tratamento e prophylaxia)». *A Medicina Contemporânea*, ano XXIX, nº 29, pp. 225-230.

²⁹² Acta da sessão extraordinária de 30 de Maio de 1910, da Repartição de Saúde de Angola e S. Tomé e Príncipe. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

²⁹³ *Idem*, p. 4.

²⁹⁴ *Idem*, p. 6.

sugeriram a deslocação e concentração de indivíduos infectados com tripanossomíase em instalações hospitalares em Luanda, para, deste modo, servirem de objecto de pesquisa no âmbito da terapêutica da doença do sono, dirigindo-se às autoridades locais da seguinte forma:²⁹⁵

Possuímos hoje uma soma de conhecimentos muito valiosos sobre a causa da doença, sobre o modo como se propaga e sobre o seu tratamento, conhecimentos bastantes para podermos encetar um combate directo contra o flagelo, à semelhança do que estão praticando a Inglaterra, a Bélgica e a Alemanha que puseram já em prática nas suas colónias os processos do tratamento e as medidas profiláticas que a ciência vem aconselhando para debelar o mal. É indispensável que nós sigamos-lhes o exemplo nesse ponto, estabelecendo em Angola um serviço de tratamento e profilaxia da hipnose a fim de pormos um dique à mortalidade sempre crescente causada por esse morbo que tem despovoado concelhos inteiros e ameaça propagar-se aos distritos considerados até hoje como indemnes.

As autoridades de saúde de Angola, como é notório, adoptaram uma estratégia de persuasão semelhante à que tinha sido aplicada pelos professores da Escola e que tinha demonstrado ser uma receita de sucesso. Pretenderam chamar a atenção dos governantes para as mais-valias económicas e civilizacionais que se obteriam por prosseguir políticas com base no conhecimento científico, nomeadamente pelo facto do plano elaborado na colónia seguir os exemplos adoptados pelas outras nações coloniais.

O Governador-geral de Angola deu a conhecer os termos da iniciativa dos seus serviços de saúde ao Ministro das Colónias, enviando a acta da reunião extraordinária da Repartição de Saúde da colónia onde o plano tinha sido discutido.²⁹⁶ No ministério a análise ao referido documento ficou a cargo da Repartição de Saúde, como era prática usual no que respeita a estes assuntos, a qual, após apresentar um resumo da proposta onde foram postos em evidência os argumentos autoritários acima mencionados, sugeriu que fosse pedida informação adicional ao governo provincial relativamente aos pormenores do plano proposto.²⁹⁷ A resposta chegou uns meses mais tarde, com uma versão mais pormenorizada do plano elaborado pela Junta de Saúde Pública de Angola.²⁹⁸ Entretanto a Escola, com o propósito novamente de se credibilizar junto

²⁹⁵ *Idem*, p. 2.

²⁹⁶ Os termos do plano foram apresentados pelo Governador-geral de Angola num ofício dirigido ao Ministro, nessa correspondência seguiu inclusa uma cópia da acta da referida sessão da Repartição de Saúde de Angola. Ofício nº 299, de 16 de Julho de 1910, do Governador-geral da Colónia de Angola para o Ministro e Secretário de Estado dos Negócios da Marinha e do Ultramar. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

²⁹⁷ Informação da Repartição de Saúde da Direcção Geral das Colónias, de 21 de Novembro de 1910, "*Assumpto: Providencias a tomar para o reconhecimento scientifico das zonas infectadas pela glossina palpalis na Província de Angola*". AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND

²⁹⁸ Acta da Sessão ordinária de 30 de Janeiro de 1911 da Junta de Saúde Pública da província de Angola. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

das autoridades políticas e obter mais doentes, acabou por se imiscuir nos planos das autoridades angolanas, assegurando junto das autoridades metropolitanas que viam com bons olhos o desejo das autoridades locais em desenvolver pesquisas no âmbito da terapêutica aplicada da doença do sono:²⁹⁹

Tendo tido a mesma ideia e portanto demonstrado ser boa a orientação da Escola, a Junta de Saúde de Luanda, na sua sessão de 30 de Maio de 1910, propôs a organização de trabalhos, a nosso ver completos, no sentido de estudar pormenorizadamente as condições regionais que influem na distribuição da tripanossomíase humana, a investigação das tripanossomíases animais e a execução dos ensaios de terapêutica feitos num campo de concentração em Luanda.

Esta menção aos planos da província acabou desde logo por servir de recomendação oficial da DGC ao Governador-geral de Angola, que indicou:³⁰⁰

O assunto é da mais alta importância e por isso me encarrega sua Ex.^a o ministro de para isso chamar a actuação de Ex.^a, certo de que empregará todos os possíveis esforços para que ele seja devidamente considerado.

Entretanto, o ministério acabou por solicitar à EMT uma análise mais detalhada dos projectos de combate à doença do sono propostos pelas autoridades de saúde de Angola. Em Outubro, do mesmo ano, o parecer da Escola deu entrada nos serviços centrais aprovando de um modo geral as pretensões dos médicos locais. Não só destacou a importância científica e profilática da organização dos campos de concentração, como elogiou a Junta de Saúde local por entender que a condição determinante para o êxito de uma campanha de extinção dos agentes propagadores da doença passava pelo conhecimento prévio e rigoroso da sua distribuição geográfica.³⁰¹ Os responsáveis pela Escola ainda aproveitaram a ocasião para solicitar a organização de missões anuais, alegando que proporcionariam investigações científicas sobre casos clínicos não observados no HC e permitiriam adquirir e renovar o material de ensino.³⁰² Segundo os professores da Escola, as missões não seriam benéficas apenas para a sua instituição, estas iriam permitir estreitar as suas relações com os médicos de Angola e S. Tomé e Príncipe permitindo aos últimos tirar partido desse contacto.³⁰³

²⁹⁹ Ofício nº 12, de 27 de Março de 1911, *Op. cit.* (265). AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

³⁰⁰ Ofício nº 229, de 3 de Abril de 1911, da Repartição de Saúde da Direcção Geral das Colónias dirigido ao Governador-geral da província de Angola. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

³⁰¹ Ofício nº 45, de 26 de Outubro de 1911, do Director da Escola de Medicina Tropical, dirigido ao Director Geral das Colónias. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |

³⁰² *Ibidem.*

³⁰³ *Ibidem.*

No ano seguinte, as pretensões científicas e sanitárias das autoridades de saúde da província de Angola foram convertidas num decreto-lei, publicado pelas autoridades metropolitanas.³⁰⁴ Ficou estabelecido que se iria organizar, na cidade de Luanda, um serviço especial de estudo do tratamento da doença do sono com o objectivo adicional de recolher o máximo de informações acerca de outras doenças que afectavam o homem e a riqueza pecuária da colónia.³⁰⁵ Dentro dos princípios sanitários difundidos pela Escola, o decreto deu prioridade ao estudo da doença, com vista, dizia, à posterior elaboração de um plano de combate mais consistente. Nessa lei ficou prevista a divisão do território de Angola em quatro zonas, que ficariam a cargo dos quatro médicos que iriam constituir a equipa da missão, usando, assim, como exemplo a organização que tinha sido adoptada na intervenção sanitária levada a cabo na ilha do Príncipe.³⁰⁶ No entanto, ainda antes de terem sido aplicadas no terreno as medidas constantes nesse decreto-lei, António Bernardino Roque (n. 1858), ex-médico dos quadros de saúde de Angola e à data Senador da República, apresentou um projecto-lei ao Senado, onde propôs um alargamento do âmbito da intervenção prevista para a província de Angola.³⁰⁷ Em linha como o decreto publicado anteriormente pelo governo, propôs que a missão contemplasse, nos seus objectivos, o estudo da distribuição da doença em Angola. Quanto à organização prevista, alargou o número de membros da equipa de quatro para seis médicos e o correspondente número de zonas em que se dividiria o território angolano. No entanto, a proposta de Bernardino Roque representou uma ruptura significativa na estratégia de actuação prevista, na medida em que procurou implementar de imediato medidas efectivas de combate à doença.³⁰⁸ A Comissão de Finanças, secundada pela das colónias, pronunciou-se a favor da nova proposta, com o argumento de que se daria maior eficácia ao uso dos dinheiros públicos uma vez que o projecto-lei do senador, não só, não se limitava a “mandar fazer estudos”, como não aumentava as despesas previstas com a intervenção sanitária.³⁰⁹ Bernardino Roque, em defesa do seu projecto, ainda acrescentou que o início imediato do combate beneficiaria a economia da colónia, a saúde dos seus habitantes e ainda daria resposta às exigências internacionais.³¹⁰ O principal opositor desta proposta foi o então Ministro das Colónias, Artur de Almeida Ribeiro (1865-1943). Este reagiu em defesa da sua política, fazendo referência aos princípios científicos que estavam na base da opção que tomara e assegurando não existir capacidade orçamental para cumprir as medidas contempladas

³⁰⁴ Decreto-lei de 17 de Agosto de 1912. In *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa, Ano de 1912*. 1913. Lisboa: Imprensa Nacional, pp. 664-666.

³⁰⁵ Ver ponto único do Artigo 1º, *Idem*, p. 665.

³⁰⁶ Ver artigo 3º, *Ibidem*, p. 665.

³⁰⁷ Lei Nº 84, de 25 de Julho de 1913. *Diário do Governo*, nº 172, de 25 de Julho de 1913, Série I, pp. 2767-2768.

³⁰⁸ Sessão do Senado nº 47, de 20 de Fevereiro de 1913. *Diário do Senado* de 20 de Fevereiro de 1913, pp. 2-3.

³⁰⁹ Sobre o discurso de Bernardino Roque e sobre o parecer da Comissão de Finanças ver Sessão do Senado nº 58, de 07 de Março de 1913. *Diário do Senado* de 07 de Março de 1913, p. 3.

³¹⁰ *Idem*, pp. 3-4.

na nova proposta.³¹¹ Bernardino Roque retorquiu insistindo na questão do embaraço internacional que afectaria Portugal pelo facto do decreto nada prever em termos de combate à doença, pronunciando-se da seguinte forma:³¹²

E como é que os médicos hão-de atacar a doença se eles não dispõem para isso de meios alguns e nem mesmo o decreto os obriga a isso? Quatro homens só para um serviço desta ordem é uma coisa irrisória. Isto só faz com que desempenhem um papel vergonhoso perante as nações estrangeiras. Esta é que é a verdade, Sr. Presidente. Enquanto lá fora tanto se trabalha a este respeito, no nosso País nada se tem feito, e parece que nada se quer fazer.

Finalmente, para reforçar a sua posição, Bernardino Roque convocou para o debate a opinião da EMT sobre a matéria em análise. Primeiro, chamou a atenção para o facto do Conselho Escolar da referida instituição se ter pronunciado negativamente sobre o plano do Ministro.³¹³ Logo de seguida, tornando manifesto que a larga experiência clínica e sanitária que acumulara nas colónias não lhe conferia autoridade suficiente para suportar os seus argumentos, assegurou que pediu a Ayres Kopke para se pronunciar sobre o seu projecto, dados os créditos científicos firmados nacional e internacionalmente:³¹⁴

Fiz isso na melhor das intenções, baseado na competência que devo ter, modéstia á parte, competência derivada da experiência de quinze anos de médico, que na província de Angola tratou dezenas de indivíduos atacados da doença do sono. Pois, apesar disso, feito o meu projecto, submeti-o à apreciação dum homem da máxima competência, que tem honrado lá fora o nosso País, o Sr. Dr. Ayres Kopke, professor da Escola de Medicina Tropical, para ver se ele satisfaria ao fim que se pretenda atingir.

O Ministro Almeida Ribeiro acabou por apresentar ao Senado uma proposta de lei que preservava a organização da missão tal como estava prevista no decreto-lei de 17 de Agosto de 1912, exigindo apenas que se desse início ao combate à doença.³¹⁵ A sua proposta foi rejeitada. A do senador, pelo contrário, foi aprovada e a lei acabou por consignar à EMT uma função relevante. No artigo 2º da lei nº 84, de 25 de Julho de 1913, ficou consignado que cumpria à Escola elaborar o plano de combate a seguir pelos membros da missão.³¹⁶ Adicionalmente, o artigo 3º da lei exigiu que os membros nomeados para a missão fossem diplomados pela

³¹¹ *Idem*, p. 8.

³¹² *Idem*, p. 10.

³¹³ É importante referir que a Escola manifestou a sua concordância com os planos sanitários e científicos elaborados pelos médicos de Angola, propostas essas que estiveram na base do decreto-lei publicado pelo governo português. Portanto, a falta de acesso à documentação da administração da Escola não permitiu confirmar se estas alegações de Bernardino Roque correspondem ou não à opinião do seu Conselho Escolar.

³¹⁴ Sessão do Senado nº 58, de 07 de Março de 1913, *Op. cit.* (309), p. 10.

³¹⁵ Sessão do Senado nº 59, de 10 de Março de 1913, do Senado. *Diário do Senado* de 10 de Março de 1913, pp. 3-4.

³¹⁶ Lei Nº 84, de 25 de Julho de 1913, *Op. cit.* (307), p. 2767.

Escola.³¹⁷ No entanto, se nesta fase a EMT viu o Estado português reconhecer de novo a sua autoridade, a nova legislação veio também reconhecer a probidade científica da Junta de Saúde provincial e sobretudo do director do Laboratório Bacteriológico de Luanda, Aníbal Correia Mendes. De facto, se o artigo 2º da lei previu que fosse a Escola a planificar a actividade da missão, como aliás se tinha verificado com a anterior de Correia Mendes enviada ao Príncipe, constava no ponto único desse artigo que a Junta de Saúde da província de Angola estava autorizada a alterar essas instruções de acordo com propostas do médico-chefe da missão, caso certas “circunstâncias locais e de momento” assim o exigissem.³¹⁸ Para além do mais, o artigo 9º conferiu ao governador-geral a faculdade de aumentar ou diminuir o número de zonas ou de médicos que iriam constituir a equipa da missão, bastando somente que a Junta de Saúde Provincial fosse consultada.³¹⁹ Neste processo de mudança de legislação é notória a intenção de equiparar a autoridade de ambos os pólos científicos, o da metrópole e os da colónia – isto é, a Escola de Medicina Tropical em Lisboa, o Laboratório Bacteriológico de Luanda e a Junta de Saúde Provincial, em Angola.

No mesmo debate Bernardino Roque ainda se pronunciou sobre o método de constituição da equipa de médicos que iriam fazer parte da futura missão de combate à doença do sono em Angola. Na sua óptica os escolhidos deveriam ser os profissionais que se encontravam em actividade na colónia, diplomados pela EMT, como foi acima referido, e que, além disso, fossem conhecedores das técnicas laboratoriais: “é entre eles que o médico-chefe deve escolher os seus colaboradores, só recorrendo a outros quando aí não os encontre.”³²⁰ Esta norma constituiu também uma alteração ao plano do governo, que propôs que a selecção se fizesse através de um concurso documental conduzido em Lisboa. Segundo Bernardino Roque a escolha dos membros da missão deveria ser da responsabilidade do seu chefe, considerando que, assim, se assegurava que os profissionais nomeados partilhariam da mesma orientação científica, tornando mais fácil a coordenação entre eles, como ele próprio indica:³²¹

V. Exa. sabe que numa reunião desta ordem é preciso que todos se entendam; é preciso que haja entre todos os que tem de trabalhar em conjunto a máxima harmonia, direi até, a mesma orientação científica, o mesmo método de trabalho; depende disso o bom êxito da missão.

(...) V. Exa. compreende que num ponto em que é preciso lutar contra tudo, contra a falta de meios de comunicação e de transporte, contra o clima inimigo do branco e contra o indígena igualmente inimigo, V. Exa. compreende a necessidade que esses homens têm de estar ligados por uma unidade de pensamento.

³¹⁷ *Idem*, p. 2768.

³¹⁸ *Ibidem*.

³¹⁹ *Ibidem*.

³²⁰ Sessão do Senado nº 58, de 07 de Março de 1913. *Op. cit.* (309), p. 4.

³²¹ *Idem*, p. 11.

A partilha dos mesmos princípios teóricos e práticos, em particular a capacidade de lidar com as técnicas microscópicas, surgiu neste episódio como uma base importante para aumentar a eficácia da intervenção sanitária que as autoridades portuguesas se propunham realizar em Angola. Com estas afirmações Bernardino Roque tornou mais explícito o papel que os pressupostos científicos da medicina tropical vinham a exercer, cada vez com mais relevo, dentro da administração colonial portuguesa, nomeadamente, como um instrumento de gestão ao dispor da administração dos serviços de saúde das colónias. Uma valorização que se deveu sobretudo à Escola, a quem coube, em larga medida, a difusão desses princípios no seio do universo colonial português.

Com um pano de fundo marcado por uma crise profunda da autoridade e das finanças³²² do Estado, que se traduziam simultaneamente numa intensa conflitualidade interna e numa grande exposição ao ambiente externo, a reacção pronta de apoio das autoridades monárquicas às propostas provenientes da classe médica, por um lado, cuja figura de maior destaque era um médico, republicano confesso e militante activo contra o regime, e, por outro, o suporte praticamente unânime que recebeu a proposta de lei do ministro no parlamento para a criação da Escola de Medicina Tropical torna-se num facto notável e, acima de tudo, revelador do poder intelectual e moderador dos médicos, e em especial da medicina científica. A constituição da Escola foi assim uma solução adoptada pelo regime para reagir aos seus vários problemas internos e internacionais, em particular, às acusações de que a sua administração colonial não tinha capacidade político-administrativa para lidar com questões de natureza médica, científica e de cariz humanitário. Um aspecto significativo subjacente a essas acusações - e que foi realçado sistematicamente no discurso dos médicos, dos políticos e da imprensa portuguesa neste processo - é que todos eles faziam parte da retórica europeia que delimitava a adesão de um povo à cultura “civilizada” ou a sua pertença ao grupo de povos que se encontravam ainda num estado atrasado e incivilizado. Aliás, este facto acaba por marcar todo o discurso posterior dos responsáveis pela Escola no decorrer dos seus esforços para convencer as autoridades metropolitanas da importância de suprir as suas necessidades de investigação. Por tudo o que foi acima exposto constatou-se que por detrás da decisão de criar a Escola de Medicina Tropical de Lisboa estiveram motivações de ordem colonial, metropolitana e internacional e ainda de natureza médica, científica, política e diplomática.

³²² Para uma análise sobre a crise financeira que atravessava o país nesta fase e das suas consequência para o regime ver Martins, Guilherme de Oliveira. 2009. «A bancarrota de 1892 e as repercussões no fim do regime». In *Desenvolvimento Económico e Mudança Social. Portugal nos últimos dois séculos. Homenagem a Miriam Halpern Pereira, org.* José Vicente Serrão; Magda de Avelar Pinheiro; Maria de Fátima Sá e Melo Ferreira, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, pp. 89-98.

A Escola iniciou a sua investigação no âmbito do estudo da etiologia e da terapêutica da doença do sono. Os resultados obtidos com o atoxil, que revelou alguma capacidade para eliminar os tripanosomas no sangue dos doentes, permitiram a Ayres Kopke e aos seus colaboradores participar regularmente nos encontros científicos internacionais e, assim, conviver com os investigadores e representantes dos restantes estabelecimentos científicos europeus que se dedicavam, tal como a estabelecimento de Lisboa, aos problemas da medicina tropical. O prestígio adquirido internacionalmente pela Escola foi um factor determinante na afirmação da sua perspectiva científica e sanitária, e subsequentemente da sua capacidade para exercer um certo domínio junto dos poderes e dos órgãos do Estado imperial da metrópole e dos médicos das colónias. No entanto, pelo que foi acima exposto essa relação não se estabeleceu sem problemas. Os responsáveis pela Escola tiveram que manter sistematicamente um diálogo com os responsáveis políticos, procurando persuadi-los e assim obter os recursos que necessitavam para prosseguir a sua investigação. Inclusivamente, tiveram de se deparar com a própria incapacidade do Estado para fazer cumprir os seus pedidos.

No processo de aprofundamento da relação da EMT com a máquina política e administrativa colonial da metrópole estabeleceu-se uma espécie de contrato: as autoridades políticas davam condições à Escola para produzir conhecimento científico, para participar nos fóruns da comunidade internacional e interagir com os médicos das colónias; à Escola coube a função de apresentar soluções legítimas para os problemas políticos e administrativos da administração colonial no âmbito das questões relacionadas com a gestão à distância da saúde pública colonial e dos profissionais dos quadros de saúde das colónias. Os meios colocados à disposição da Escola foram determinantes para disseminar e valorizar os cânones da medicina tropical e, desta forma, para os estabelecer, e à instituição também, como referência de avaliação da qualidade das medidas sanitárias e da probidade profissional dos médicos dos quadros de saúde das colónias. Por exemplo, a publicação do jornal da especialidade que a Escola tinha a seu cargo deu-lhe uma oportunidade acrescida para assumir um papel regulador da qualidade da pesquisa científica produzida em Portugal no âmbito da higiene e das patologias exóticas. Este aparato de índole simultaneamente científica e administrativa assumiu-se como um meio à disposição dos responsáveis da Escola, como referem Marie-Noëlle Bourguet, Christian Licoppe e H. Otto Sibum, para persuadirem à distância os seus colegas das colónias procurando com isso obter um certo grau de coordenação no interior da sua comunidade.³²³ Foi inclusivamente nesse esforço para desenvolver e conservar a integridade científica da comunidade médica colonial que a Escola se constituiu, à imagem do que afirmou Mario Biagioli,³²⁴ como um instrumento de vigilância e de regulação da prática médica das colónias, articulando-se, desta forma, com as

³²³ Bourguet, Marie-Noëlle; Licoppe, Christian e Sibum, H. Otto. 2002. *Op. cit.* (12), pp. 8-10.

³²⁴ Biagioli, Mario. 2002. *Op. cit.* (13), p. 11.

autoridades metropolitanas no sentido de reforçar a governabilidade do império. De facto, os responsáveis da Escola foram recorrentemente instados pelos poderes a pronunciar-se sobre os aspectos técnicos e científicos das propostas apresentadas pelos seus colegas das colónias e inclusivamente a mediar os seus conflitos.

A autoridade que a Escola obteve neste período adveio igualmente do facto da generalidade dos responsáveis médicos e políticos portugueses demonstraram uma grande receptividade aos argumentos usados pelos responsáveis da Escola, que se traduziu na adopção da sua perspectiva científica e sanitária em diferentes órgãos do Estado imperial, assumindo-a como a forma mais adequada de ordenar a intervenção sanitária portuguesa nas colónias. A perspectiva científica e sanitária veiculada pela Escola, que nos seus princípios fundamentais eram partilhados com os membros da comunidade transnacional de medicina tropical, foram plasmados em diversas directivas enviadas pela metrópole aos médicos coloniais e serviu ainda de referência para a produção da legislação de cariz médico-sanitário publicada pelo Senado e pela Câmara dos Deputados. A sua actuação foi também importante para disseminar os seus conhecimentos e investir de autoridade certos médicos que actuaram sob a sua égide. Desta forma contribuiu também para estabelecer novas referências no seio da comunidade médica colonial, nomeadamente os médicos do serviço de saúde local que tinham desenvolvido e colaborado nos projectos de investigação científica e experimental da EMT, como foram o caso de Correia Mendes e Bruto da Costa. A estes foi-lhes outorgado o estatuto social e político que resultou da acumulação de experiência no estudo e no combate à doença do sono, o que acabou por se traduzir numa partilha de autoridade entre a Escola e os órgãos técnicos dos serviços de saúde das colónias. Um processo que se veio a acentuar após a revolução de 1910 e que, como se verá adiante, foi introduzindo paulatinamente certas modificações na cultura envolvente e no contexto institucional da Escola que acabaram por interromper a dinâmica que esta tinha conseguido afirmar ao longo dos primeiros doze anos de actividade.

Em suma, a Escola de Medicina Tropical de Lisboa afirmou a sua autoridade ao usar uma série de meios e de argumentos que lhe permitiram ir ao encontro das preocupações dos poderes públicos e sobretudo contribuindo para enfrentar certos problemas de governabilidade das colónias, tanto administrativos como políticos e diplomáticos. Os resultados da investigação laboratorial produzida pela Escola, a nomeação de Ayres Kopke para cargos de relevância internacional, o acolhimento das suas propostas junto dos médicos coloniais e a sua inserção na rede transnacional de instituições metropolitanas pioneiras da disciplina de medicina tropical só se converteram em argumentos politicamente relevantes pelo facto da generalidade das autoridades médicas e políticas portuguesas se encontrarem em sintonia com os responsáveis da instituição lisboeta relativamente ao significado desses feitos. Todos esses factores devem ser

encarados pelo seu valor comunicacional, isto é, foram eficazes na medida em que se constituíram em recursos materiais e retóricos que, a par dos argumentos de ordem científica, humanitários e económicos, puderam ser sistematicamente mobilizado para relembrar os responsáveis pela Secretaria de Estado dos Negócios das Marinha e Ultramar do papel estratégico que o seu estabelecimento tinha na projecção da imagem de Portugal, tanto internamente como no estrangeiro. Em particular, de veicular a ideia de que se tratava de um País “civilizado” na medida em que em matéria de saúde colonial agia de acordo com os parâmetros éticos e técnicos definidos na comunidade médica e científica internacional.

Capítulo 3. O declínio da Escola de Medicina Tropical de Lisboa e a reorganização dos projectos sanitários das colónias (1913-1925)

Num artigo publicado em 1914, Ayres Kopke lamentou o estado de abandono em que se encontrava a EMT. Em sua opinião a instituição estava numa situação que a impedia de cumprir “os seus múltiplos fins de estabelecimento de ensino e de centro de investigação científicas pelo que se refere à patologia exótica.”³²⁵ Efectivamente, no âmbito da actividade científica da Escola foram publicados, entre 1905 e 1913, sete números dos *Archivos de Hygiene e Patologia Exóticas* e mais um número dos *Arquivos de Higiene e Patologia Exóticas*. A partir de 1913, a Escola publicou um número em 1915, que incluiu somente o relatório final da missão de estudo e combate à doença do sono na ilha do Príncipe liderada por Bruto da Costa, e, em 1918, um volume especial dedicado à investigação produzida na Escola Médica de Nova Goa.³²⁶ Durante este período também se identifica uma redução significativa do número de participações em conferências científicas internacionais, na quantidade de artigos científicos publicados e no número de missões de estudo enviadas às colónias. Após uma primeira década de produção científica regular, entre 1904 e 1913, seguiu-se um período, até meados dos anos vinte, de queda substancial da sua actividade e sem grandes novidades ao nível da investigação aplicada.

Neste capítulo procurar-se-á compreender o que mudou no contexto da Escola e as razões que impediram a continuação da sua investigação no âmbito da doença do sono. Será dada uma atenção especial às mudanças ocorridas no seu contexto institucional, à evolução da política colonial portuguesa, aos efeitos que decorreram da erradicação da doença do sono na ilha do Príncipe e, finalmente, à alteração da postura das autoridades de saúde das colónias perante as autoridades metropolitanas. Esta última variável será averiguada a partir do caso angolano, uma vez que as relações estabelecidas pela Escola com as restantes colónias foram menos significativas. A colaboração que as autoridades sanitárias de São Tomé e Príncipe estabeleceram com a Escola no período anterior foi semelhante à já referida para o caso de Angola e os benefícios que obteve dessa relação foram os mesmos. Contudo, a situação sanitária nesta colónia alterou-se drasticamente e os motivos que tinham mobilizado o seu governo e os seus serviços de saúde a solicitar a intervenção da Escola deixaram de existir. Moçambique, onde também se tinha detectado a presença de glossinas, organizou os seus próprios sistemas de vigilância sanitária, conduzidos pelas autoridades locais. Na Guiné a presença de casos de doença do sono foi somente detectada numa fase posterior. O caso

³²⁵ Kopke, Ayres. 1914. «A Escola de Medicina Tropical de Lisboa». *A Medicina Contemporânea*, nº 17, p. 134.

³²⁶ Sobre o propósito da publicação deste número especial ver Mello, I. Froilano de. 1918. «Introdução (carta à direcção da Escola de Medicina Tropical)». *Arquivos de Higiene e Patologia Exóticas*, vol. 6, pp. 2-16.

angolano é, assim, um bom exemplo para analisar a relação entre a referida opção política do regime republicano, a alteração das condições políticas nessa colónia, na metrópole e no contexto internacional e a perda de protagonismo da Escola, procurando assim ilustrar o declínio da EMT e a reorganização dos projectos sanitários nas colónias entre 1913 e 1925.

A Primeira República, implantada após a revolução de 1910, desde cedo apresentou um conjunto de projectos, suportados numa retórica progressista, que visavam reestruturar vários sectores da sociedade portuguesa, nomeadamente nos domínios da educação e da administração das colónias.³²⁷ Assim, em 1913, após um longo processo legislativo de apresentação e debate de várias propostas na Câmara dos Deputados e no Senado, foi aprovada uma lei que criava o novo Ministério da Instrução Pública. No artigo primeiro da referida lei constava a seguinte disposição:³²⁸

É criado o Ministério de Instrução Pública, do qual ficam dependentes todos os serviços de instrução, no continente e ilhas adjacentes, à excepção das escolas profissionais que à data da presente lei estão subordinadas aos Ministérios da Guerra e da Marinha.

A lei previa excepções, mas as instituições de ensino tuteladas pelo Ministério das Colónias (MC) não se encontravam contempladas nesse regime e a EMT passou para a tutela do novo Ministério da Instrução. Esta mudança foi o primeiro de um conjunto de condicionalismos que atingiram a Escola e, por esse motivo, marca o início de uma nova fase da sua vida. Na realidade o Ministro do Interior, Silvestre Falcão (1866-1927), levou à Câmara dos Deputados uma proposta de lei que previa um conjunto de excepções mais alargado. Pretendia que, pela sua especialidade técnica, mais algumas instituições conservassem a sua tutela, nomeadamente as instituições de ensino do MC e do Ministério do Fomento.³²⁹ No entanto, ao longo do debate, o argumento da especificidade foi subordinado ao da coerência pedagógica e administrativa, e as excepções previstas na lei ficaram confinadas às instituições de ensino militar. Com esta decisão o regime começava a materializar aquele que seria um dos seus principais projectos para a sociedade portuguesa – o da sua transformação cultural por via da educação.³³⁰ Este pretendia ser um dos principais instrumentos de legitimação da República – do ensino como um veículo

³²⁷ Rollo, Fernanda. 2010. «Paradigmas frustrados: perseguição e fuga da modernidade e do progresso» *In História da Primeira República Portuguesa*, coord. Fernando Rosas e Maria F. Rollo, Lisboa: Tinta da China. (Edição de Bolso), pp. 229-231.

³²⁸ Lei nº 12, de 7 de Julho de 1913. *Diário do Governo*, nº 156, de 7 de Julho de 1913, Série I, p. 2509.

³²⁹ Sessão da Câmara dos Deputados nº 167, de 13 de Novembro de 1912. *Diário das Sessões da Câmara dos Deputados* de 13 de Novembro de 1912, p. 9.

³³⁰ Nóvoa, António. 1988. «A República e a Escola: das intenções generosas ao desengano das realidades». *Revista Portuguesa de Educação*, vol. 1, nº 3, pp. 29-60.

para promover uma nova leitura do País e da sua história.³³¹ Terá contribuído decisivamente para esta opção a intenção do regime de viabilizar os seus projectos para o sector do ensino superior, em particular de desenvolver o ensino prático e a investigação científica no âmbito da recém-criada Faculdade de Medicina de Lisboa.³³²

O deputado Pádua Correia apresentou uma proposta de lei alternativa à do ministro. A sua perspectiva era muito clara, a criação dessa nova estrutura do Estado justificava-se, segundo o próprio, pela necessidade de orientar todos os estabelecimentos de ensino para o cumprimento de um projecto de transformação da sociedade portuguesa. Pelas suas palavras só se justificava este novo ministério se a sua missão abrangesse uma função social e cultural de grande alcance: “se desejamos ser um país florescente e digno do regime que implantámos impõe-se uma completa transformação de costumes, de orientação e por isso uma completa mudança de educação, isto é, de ideal educativo.”³³³ Esta afirmação ia ao encontro das palavras proferidas pelo novo Presidente do Conselho de Ministros, Augusto de Vasconcelos (1867-1951), que, na sessão de 16 de Novembro de 1911 da Câmara de Deputados, na apresentação do seu programa governativo, justificou da seguinte forma a proposta do governo para a criação do novo ministério:³³⁴

Proporá o Governo ao Parlamento a divisão do Ministério do Interior, criando se o Ministério de Instrução Pública e Belas Artes. Se as leis republicanas, já promulgadas, prepararam a transformação da sociedade portuguesa, criando-lhe um estado jurídico moderno e progressivo, o êxito desta transformação depende quase totalmente do grau de cultura e de educação das novas gerações. Levar ao mais alto grau as nossas instituições de ensino, difundir o gosto pelas belas artes, lutar tenazmente contra a ignorância e o analfabetismo, tal deverá ser a missão redentora do novo organismo executivo, que para tão elevados desígnios convém separar da promiscuidade com as mais impertinentes questões administrativas.

Os republicanos no confronto entre duas das suas prioridades – a política colonial e a política educativa – optaram por deslocar a Escola do universo da administração ultramarina para a

³³¹ Proença, Maria. 2009. «A educação». In *História da Primeira República Portuguesa*, coord. Fernando Rosas e Maria F. Rollo, Lisboa: Edições Tinta da China (Edição de Bolso), pp. 173-174.

³³² Alves, Manuel. 2011. *A Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa: um olhar sobre a sua história*. 1ª Ed., Lisboa: Gradiva e Gomes, Ferreira. 1990. «A reforma universitária de 1911». *Revista de História das Ideias*, vol. 12, pp. 269-299.

³³³ Sessão da Câmara dos Deputados nº 77, de 18 de Março de 1912. *Diário das Sessões da Câmara dos Deputados* de 17 de Março de 1912, p. 17.

³³⁴ Sessão da Câmara dos Deputados nº 10, de 16 de Novembro de 1911. *Diário das Sessões da Câmara dos Deputados* de 16 de Novembro de 1911, p. 4.

incorporar no seu projecto de educação nacional. A saída do MC representou, assim, um afastamento institucionalmente relevante da Escola da estrutura dirigente das colónias.³³⁵

A EMT permaneceu sob tutela do Ministério da Instrução até 1918, ano em que voltou a depender directa e exclusivamente do MC.³³⁶ Esta decisão do governo representou uma reaproximação da Escola ao universo colonial. Porém, as exigências impostas pela componente lectiva eram cada vez maiores. Por esse motivo a Escola foi reorganizada em 1920, o seu curso passou a contemplar quatro disciplinas, somando mais uma relativamente à organização original, e passaram a ser ministrados dois cursos por ano.³³⁷ A criação dos dois ciclos anuais foi a fórmula encontrada pelas autoridades portuguesas no sentido de responder à crescente procura de médicos por parte dos governos coloniais, que neste período procuraram alargar os seus quadros de saúde. O número de alunos matriculados na Escola subiu de cerca de vinte no ano lectivo de 1918-1919 para mais de cinquenta no ano lectivo de 1919-1920.³³⁸ Por outro lado, em Angola existiam trinta e cinco médicos em 1916 e noventa e três em 1927³³⁹ e em Moçambique os quadros de saúde evoluíram, nas mesmas datas, de vinte e três para sessenta.³⁴⁰ Esta medida determinou que os professores tivessem apenas quatro meses livres sem aulas, um tempo manifestamente reduzido para organizar missões de estudo às colónias. A Escola viu assim a sua missão ficar confinada à formação de médicos especializados, embora nessa dimensão particular a sua relevância se tenha intensificado.

Com esta medida o regime republicano confirmou que encarava a EMT, acima de tudo, como um projecto educativo. O regime monárquico, não deixando de dar apoio à vertente educativa, tinha beneficiado sobretudo a vocação científica da Escola e usufruído dela para os seus fins políticos e diplomáticos. Esta relação estava suportada num equilíbrio precário, que pressupunha que a administração colonial usufruía das funções políticas assumidas pela Escola, na formulação das soluções para os problemas sanitários coloniais, na articulação da política sanitária portuguesa com a da agenda científica internacional e, adicionalmente, de congregação da classe médica das colónias, como contrapartida do empenho da Secretaria de Estado para dar

³³⁵ Um novo corpo técnico e dirigente passava assim a servir de intermediário na relação da Escola com a administração colonial e que definia políticas de acordo com interesses mais vastos e distantes da realidade colonial.

³³⁶ Decreto-lei nº 4.392, de 12 de Junho de 1918. *Diário do Governo*, nº 129, 13 de Junho de 1918, Série I, pp. 896.

³³⁷ Decreto-lei nº 7.096, de 6 de Novembro de 1920. *Diário do Governo*, nº 225, de 6 de Novembro de 1920, Série I, pp. 1541-1543.

³³⁸ Prates, Manuel. 1943. «A Escola e o Instituto de Medicina Tropical. Suas novas instalações». *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, vol. 1, fasc. 1, pp. 1-11.

³³⁹ s/a. 1916. *Anuário colonial*. Lisboa: Imprensa Nacional, p. 320 e s/a. 1930. *Anuário Colonial de 1927-1929*. Lisboa: Imprensa Nacional, pp. 327-328.

³⁴⁰ s/a. 1916. *Op. cit.* (339), p. 391 e s/a. 1930. *Op. cit.* (339), p. 408.

condições financeiras e logísticas para a Escola exercer a sua actividade científica. A instituição da metrópole dependia assim totalmente das opções tomadas pelo poder político.

Em 1911 foi também aprovada, pela Assembleia Nacional Constituinte, a nova constituição da República Portuguesa, que determinou no seu artigo 67º, relativo à administração das províncias ultramarinas, que passaria a predominar um regime de descentralização e de produção de leis adequadas ao estado de civilização de cada colónia.³⁴¹ Durante o período da Monarquia Constitucional já se estabelecera um certo consenso na sociedade portuguesa sobre os benefícios de conceder maior grau de autonomia às colónias.³⁴² Foi, contudo, o regime republicano que acabou por dar expressão a essa ideia, nomeadamente no âmbito das reformas que introduziu na organização e funcionamento da administração colonial. Não se tratou, no entanto, de um processo imediato. A fragilidade das estruturas sociais, políticas e administrativas das colónias e a instabilidade política e financeira da metrópole terão contribuído para uma evolução hesitante e, por vezes, contraditória da referida disposição constitucional. Em 1914 foi publicada legislação com vista a implementar o prometido regime de descentralização da administração civil e financeira, tendo a ditadura sidonista, em 1918, “congelado” esse pacote legislativo.

A transferência de poderes para os governos coloniais ganhou ímpeto com o final da primeira grande guerra, em virtude da emergência de um contexto mais favorável às ideias autonomistas. A nova orientação internacional para as questões coloniais começou a ser instituída com o tratado de paz de Versalhes (1919), ao serem atribuídas novas responsabilidades às potências coloniais em matéria dos direitos dos indígenas. Ainda assim, segundo Valentim Alexandre, esta formulação das directrizes internacionais foi uma via de compromisso com as pretensões do presidente Woodrow Wilson (1856-1924), que procurou afirmar o princípio de autodeterminação dos povos.³⁴³ Estas orientações foram reafirmadas, ainda em 1919, na Conferência de *Saint-Germain-en-Laye* e, posteriormente, com a criação e a intervenção da SdN.³⁴⁴ Foi durante as negociações de paz que as autoridades portuguesas decidiram constituir o regime dos Alto-comissariados em Angola e Moçambique.³⁴⁵ Com a morte de Sidónio Pais (1872-1918), que se tinha revelado desfavorável à descentralização, e com a afirmação do novo contexto político internacional, também as pretensões autonomistas dos colonos portugueses de Angola ganharam pertinência.

³⁴¹ Decreto de 21 de Agosto de 1911. *Diário do Governo*, nº 195, de 22 de Agosto de 1911, pp. 3525-3528.

³⁴² Silva, Cristina. 2010. *Op. cit.* (123), p. 104.

³⁴³ Alexandre, Valentim. 2006. «A Descolonização Portuguesa em Perspectiva Comparada». In *Portugal, os Estados Unidos e a África Austral*, coord. Manuela Franco, Lisboa: FLAD, IPRI e UNL, pp. 32-33.

³⁴⁴ Alexandre, Valentim. 1993. *Op. cit.* (162), p. 118.

³⁴⁵ Meneses, Filipe. 2010. *Op. cit.* (113), pp. 66-85 e Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento. 2009. «A Questão Colonial». In *Estratégia Portuguesa na Conferência de Paz, 1918-1919. As Actas da Delegação Portuguesa*, coord. Duarte I. Cruz, Lisboa: FLAD, pp. 22-27.

Para compreender os efeitos da evolução da política colonial sobre a actividade da Escola é determinante atender às mudanças que implicaram alterações no processo de decisão e na postura da administração colonial perante as instituições metropolitanas e locais. Analisar-se-á assim a evolução dos critérios que presidiram à reorganização dos serviços do MC e ao modo como essas mudanças contribuíram para alterar o protagonismo dos agentes, das ideias e das abordagens, no âmbito da prática médica e científica exercida nas colónias portuguesas, nomeadamente em Angola. Em paralelo, atentar-se-á nas repercussões da política colonial no sentido inverso, isto é, o modo como evoluíram as autoridades sanitárias locais e, sobretudo, a sua postura relativamente aos órgãos do governo da metrópole e, em particular, à instituição médico-científica metropolitana. A construção do consenso que se estava a radicar na sociedade portuguesa desde o período da monarquia, relativo à descentralização colonial, na óptica de Cristina Silva ficou a dever-se sobretudo ao facto destes “...serem olhados como princípios científicos, resultantes da observação «no terreno», e não apenas o resultado de escolhas políticas e “empíricas”, como no passado.”³⁴⁶ Isto é, os pressupostos epistemológicos que se encontravam associados à cultura científica, e que à época eram entendidos como um meio para obter conhecimento objectivo e verdadeiro sobre a realidade observada, surgiram nesta fase como mais um elemento de apoio à descentralização da administração colonial. Esta situação revela que no interior da administração colonial portuguesa se encontrava presente uma cultura de decisão tecnocrática que dava mais valor ao conhecimento produzido pelos agentes locais, em oposição ao que se verificara na fase anterior, mas no seguimento do que já se começara a constatar no seu final. Por esse motivo, o processo de descentralização administrativa foi acompanhado, como está subjacente nas palavras de Cristina Silva, pela afirmação de um pressuposto que determinava que a eficácia das políticas estava directamente relacionada com a proximidade dos governantes aos territórios sobre os quais exerciam a sua acção político-administrativa. As palavras de José Pinto de Macedo (1876-1948), republicano e figura destacada na defesa do princípio da autonomia colonial, proferidas no ano da revolução republicana são, sobre essa matéria, elucidativas:³⁴⁷

Ninguém que raciocine pode crer que as colónias, de mais a mais no estado de desenvolvimento que atingiram, possam viver atrofiadas num círculo férreo, sem acção própria, sem a menor iniciativa, dirigidas do Terreiro do Paço por cavalheiros muito competentes; por vezes, bem-intencionados, mas que dominados pela vaidade da onipotência que gozam e privados da imediata observação dos fenómenos económicos ou políticos das terras que governam, sujeitos a errar gravemente, muitas vezes de tal maneira que duma penada arruinam uma praça ou travam o progresso duma terra.

³⁴⁶ Silva, Cristina. 2010. *Op. cit.* (123), pp. 90-91.

³⁴⁷ Macedo, José. 1910. *Autonomia de Angola. Estudo de administração colonial*. Lisboa: Tipografia Leiria, p. 86.

Esta tendência da acção governativa teve o seu reflexo nas sucessivas reorganizações do MC, reformas que tiveram como principal objectivo, como veremos adiante, adaptar o funcionamento do ministério a um postura menos dirigista e mais vocacionada para exercer poderes de superintendência.

Após a revolução republicana, ainda em 1910, foi criado o Ministério da Marinha e Colónias, seguido de imediato por uma reorganização da Secretaria das Colónias.³⁴⁸ Em 1911, o primeiro foi desdobrado em dois: no Ministério das Colónias e no Ministério da Marinha.³⁴⁹ No que concerne ao seu funcionamento, comparando com o da Secretaria de Estado dos Negócios da Marinha e Ultramar, nada de significativo foi introduzido com esta legislação. Em 1912, o parlamento debateu uma proposta de lei que previa uma nova organização para o MC e que subordinava de um modo claro os serviços de especialização técnica do Ministério a um conjunto de Repartições organizadas de acordo com um critério geográfico. Em defesa dessa visão surgiu o Ministro das Colónias desse período, Joaquim Basílio Cerveira de Albuquerque e Castro (1853-1925), indicando o seguinte:³⁵⁰

O princípio fundamental adoptado é o da especialização geográfica, do mais largo alcance, porque permite tratar de cada colónia em repartições privativas, por meio de pessoal que a ela se dedica exclusivamente, e que, por isso, se especializa no conhecimento dos assuntos que lhe dizem respeito. (...) Na organização do extinto regime, a independência das diversas direcções técnicas de serviços levava a uma acentuada desordem; por esta reforma de agora todos os assuntos que a uma qualquer colónia digam respeito se tratam em uma mesma direcção geográfica, ficando assim asseguradas a coerência e a harmonia que devem existir entre as resoluções relativas a todos esses assuntos; e o director geral do grupo, tendo a capacidade legal de tudo dirigir, tem a responsabilidade moral de por tudo responder.

Esta proposta não chegou a entrar em vigor. Contudo, esta tentativa de reformar a administração colonial da metrópole nos termos acima declarados é bem elucidativa da importância que o contacto com o “terreno” estava a ganhar junto das elites portuguesas e no quadro do novo regime político. Foi então publicada, em 1918, uma lei de reforma da Secretaria do MC que, ainda assim, continuou a favorecer uma maior especialização técnica no tratamento dos processos internos. No entanto, passou a exigir o prévio exercício em comissões de serviço nos

³⁴⁸ Decreto de 8 de Outubro de 1910. *Diário do Governo* n.º 4, de 10 de Outubro de 1910, p. 17 e Decreto com força de lei de 27 de Maio de 1911. *Diário do Governo*, n.º 126, de 31 de Maio de 1911, pp. 2318-2321.

³⁴⁹ Decreto de 23 de Agosto de 1911. *Diário do Governo*, n.º 197, 24 de Agosto de 1911, pp. 3573-3574.

³⁵⁰ Sessão da Câmara dos Deputados n.º 99, de 30 de Abril de 1912. *Diário da Câmara dos Deputados* de 30 de Abril de 1912, p. 35.

territórios ultramarinos para todos os funcionários que quisessem aceder aos cargos de directores gerais, chefes de Repartição e de Secção.³⁵¹

O decreto, com força de lei, publicado em 1911, contemplara algo semelhante, no entanto, no seu articulado estava previsto que a passagem pelas colónias contasse apenas como um factor de preferência na escolha dos funcionários que iriam ocupar os cargos de direcção.³⁵² Na óptica dos legisladores, esta reforma promovia uma melhor articulação entre o conhecimento da realidade local e a competência e conhecimento dos técnicos do ministério. Durante o debate os termos que deram expressão a existência desta oposição entre o conhecimento dos técnicos do ministério e dos agentes do terreno não ficaram bem definidos, mas é de pressupor que na mente dos legisladores o conhecimento dos primeiros, tal como a sua própria função, fosse entendido como teórico e de carácter mais universal, logo mais insensível às circunstâncias e às idiossincrasias de cada realidade particular. Com a alteração da norma introduzida na legislação de 1918 pretendeu-se, ainda assim, acentuar a realidade particular de cada colónia nas tomadas de decisão do ministério. Esta posição, assumidamente moderada, sugere que se pretendeu apenas introduzir alguns ajustamentos à organização que se encontrava em vigor. Uma postura conciliadora que contrastou com a filosofia que presidira ao debate das propostas de organização do MC apresentadas ao parlamento em 1912: o que esteve em cima da mesa nessa altura foi uma reforma deveras mais radical. O processo de descentralização prosseguiu e acabou por culminar numa nova reorganização dos serviços do Ministério, efectuada em 1920. Nesse ano foram finalmente criadas duas Direcções Gerais, tal como estivera previsto em 1912, cada uma delas dividido em duas Repartições, respectivamente, a Direcção Geral das Colónias do Oriente (DGCO) - onde ficaram incluídas as Repartições de Cabo Verde e Guiné e a de Angola e S. Tomé - e ainda a Direcção Geral das Colónias do Ocidente, que ficou dividida pelas Repartições de Moçambique e uma outra que agrupava as colónias da Índia, Macau e Timor.³⁵³ A especialização geográfica adquiriu, assim, uma nova expressão no ministério. No entanto, a publicação deste último decreto-lei continuou a respeitar a doutrina do equilíbrio exposta pelos autores da reforma de 1918. Com efeito, as Repartições e Direcções Técnicas ficaram sob coordenação de uma terceira direcção – a Direcção Geral dos Serviços Centrais,³⁵⁴ procurando o legislador não subordinar totalmente os órgãos técnicos ao critério geográfico.

Em 1924, uns anos após a última reforma dos serviços do ministério e da publicação dos instrumentos de governação colonial que imprimiram maior grau de autonomia às colónias, foi

³⁵¹ Lei nº 4.271, 8 de Maio de 1918. *Diário do Governo*, nº 106, de 16 de Maio de 1918, Série I, p. 765.

³⁵² Decreto com força de lei de 27 de Maio de 1911, Op. cit. (348), p. 2320.

³⁵³ Decreto nº 7.029, de 16 de Outubro de 1920. *Diário do Governo*, nº 208, de 16 de Outubro de 1920, Série I, p. 1341.

³⁵⁴ *Idem*, pp. 1340-1341.

publicado um decreto que reduziu o quadro de pessoal da Repartição Técnica de Saúde e substituiu-a por uma mera Secção Técnica de Saúde. Segundo os autores da lei, o trabalho que chegava à repartição técnica era insignificante, bastando para tal uma secção para o executar, bem com um quadro de pessoal mais limitado.³⁵⁵ Esta mudança justificou-se como uma medida de adaptação da administração metropolitana ao reduzido números de solicitações e processos que, no cômputo geral, ocupavam o seu serviço técnico. No entanto, representou uma diminuição do seu estatuto no quadro da organização do ministério. A evolução da política colonial acabou assim por se reflectir, retroactivamente, no funcionamento e na relevância dos serviços de saúde do ministério.

Esta descrição da evolução dos aspectos formais do Ministério sugere que as sucessivas alterações introduzidas no seu funcionamento apenas balancearam ligeiramente o processo de decisão a favor do conhecimento produzido pelo contacto íntimo e prolongado com o meio colonial. Através de pequenos passos, as reorganizações foram favorecendo uma lógica interna baseada no critério de especialização geográfica. A criação de estruturas político-administrativas concentradas nos problemas particulares de cada colónia foi a solução encontrada para fomentar uma prática interna de produção de leituras políticas diferenciadoras, que tivessem em consideração as vicissitudes de cada colónia, dentro do espírito previsto pela constituição de 1911. Estas nuances introduzidas no discurso legal e na organização formal do Ministério foram acompanhadas por alterações mais profundas, que revelam uma alteração mais significativa na cultura de governação que se estava a impor. Desde logo, resultando na diminuição da correspondência entre os órgãos técnicos da metrópole e dos governos coloniais. Mas este processo de ajustamento administrativo deve ser interpretado como uma sucessiva manifestação dos novos ideais políticos e no qual os princípios de descentralização se foram materializando. Desta forma, a nova postura da metrópole criou condições políticas para que surgisse uma nova cultura administrativa local, em particular em Angola, modificando o modo como os habitantes, as instituições e as estruturas do governo local passaram a olhar para si próprios e para a metrópole.

Nos primeiros anos do século XX o estudo da doença do sono na colónia de Angola foi dominado pela organização de missões criadas especialmente para o efeito, contando inicialmente com as missões organizadas a partir da metrópole, cujo âmbito territorial e temporal foi sempre muito restrito. De acordo com os princípios estabelecidos pela lei nº84 de 25 de Julho de 1913³⁵⁶ passou para a competência do governo local a nomeação de Brigadas

³⁵⁵ Decreto nº 10.278 de 10 de Novembro de 1924. *Diário do Governo*, nº 252, de 10 de Novembro de 1924, Série I, pp. 1655-1656.

³⁵⁶ Lei Nº 84, de 25 de Julho de 1913, *Op. cit.* (307), pp. 2767- 2768.

Sanitárias cujo objectivo passava por continuar a estudar, mas também combater, a doença do sono, de acordo com as pretensões de António Bernardino Roque.³⁵⁷ Em 1914 das três Brigadas de estudo e combate à doença do sono previstas para actuar em Angola somente uma tinha sido constituída e em 1916 através da publicação de uma portaria provincial a sua equipa era reduzida de três para dois médicos.³⁵⁸ As missões continuaram a ver os seus trabalhos interrompidos sistematicamente, a isso fez referência no seu relatório, na qualidade de chefe da brigada sanitária que actuou na colónia entre 1916 e 1918, o médico Luís Assunção Velho:³⁵⁹

E esta maquinal série de tentativas, em constantes inícios, longe de remediar o mal, ou, pelo menos abrir caminho para a sua completa eliminação, nada mais representa que uma doce ilusão com que todos se embalam, e uma cómoda maneira de ir desviando ou adiando os golpes da justa indignação que, nos espíritos práticos, nasce em presença da criminoso *non-chalance* com que se olha tão importante e momentoso assunto.

Mais tarde, em 1919, o Governador-geral Filomeno da Câmara (1873-1934), considerando que os trabalhos de reconhecimento da distribuição da doença e das glossinas estavam completos, decidiu extinguir, por completo, os serviços missionários. O combate passou assim para a incumbência dos delegados de saúde de Angola.³⁶⁰ A manifesta instabilidade das orientações políticas, as solicitações impostas pela Primeira Guerra Mundial, a adicionar à falta de disponibilidade de pessoal médico e à limitação dos poderes administrativos que reduziram sistematicamente a sua capacidade de intervenção, justificaram a ausência de resultados consistentes.³⁶¹ Terá ainda contribuído para toda esta instabilidade a falta de uma entidade com competência e autoridade política suficiente que tivesse capacidade para influenciar o poder político. De facto, a redução da autoridade da EMT sobre os políticos coloniais, já de si moderada, não foi compensada de imediato por qualquer outra estrutura médica e/ou científica local.

Filomeno da Câmara apresentou em 1919 uma outra medida que, sendo seguida por outras, alterou a organização dos serviços de saúde da colónia e a própria postura política das autoridades sanitárias locais. Publicou uma portaria que retirou o carácter militar aos serviços de

³⁵⁷ Sessão do Senado nº 47, de 20 de Fevereiro de 1913. *Op. cit.* (308), pp. 2-3.

³⁵⁸ Portaria nº 123 de 16 de Junho de 1916. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 25, de 24 de Junho de 1916, Série I, pp. 113-114.

³⁵⁹ Velho, L. Assunção. 1921. A tripanossomose humana em Angola (relatórios, Etc.). *Revista Médica de Angola*, nº 2, pp. 11-12.

³⁶⁰ Portaria nº 137, de 23 de Abril de 1919. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 18, de 3 de Maio de 1919, Série I, p. 111.

³⁶¹ Para uma análise das principais razões de natureza política e administrativa que estiveram na base da falta de resultados médicos e sanitários de vulto ao longo deste período ver preâmbulo ao Diploma Legislativo nº 463, de 9 de Dezembro de 1926. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 50, de 18 de Dezembro de 1926, Série I, p. 649.

saúde, transformando-os numa organização civil, tendo ainda atribuído a esses serviços maior autonomia administrativa, como referiu no preâmbulo da legislação:³⁶²

A presente reorganização dos Serviços de Saúde de Angola gira em volta do eixo indispensável da autonomia administrativa; esta é a condição única e insubstituível não só dum bom serviço e da sua constante melhoria, mas também da maior facilidade de aplicação dos preceitos higiénicos no que respeita à salubridade pública.

Em 1921 foi nomeado para o cargo de Alto-comissário de Angola, o general Norton de Matos. As suas opções demonstram como estava bem ciente da ordem política internacional que emergiu no pós-guerra e dos riscos que esta comportava para a soberania de Portugal sobre as suas possessões ultramarinas. O início dos anos vinte também coincidiu com o aumento dos conflitos entre a administração colonial e os grupos descontentes da sociedade angolana que defendiam formas mais ou menos radicais de autonomia relativamente a Lisboa, bem como, contra o poder radicado em Luanda.³⁶³ À margem de outras formas de manifestação, a imprensa surge como um meio amplamente utilizado para dar expressão pública a essas vozes.³⁶⁴ Norton de Matos não foi alheio a toda esta situação, pelo contrário, com o propósito de estabelecer a “unidade de Angola” encetou esforços para alargar a todo o território a máquina política e administrativa do Estado colonial.³⁶⁵ Em função dos novos desenvolvimentos políticos, internos e internacionais, esperar-se-ia das autoridades locais as soluções para os diversos problemas coloniais e, particularmente, para os problemas sanitários que afectavam a população indígena. A valorização sistemática do critério de especialização geográfica também deu indicações aos governos coloniais para que as suas repartições técnicas assumissem uma maior iniciativa, designadamente para gerir com maior protagonismo os seus recursos sanitários e científicos. Foi com esse espírito em mente que Norton de Matos publicou novas leis que agilizaram a acção dos médicos da colónia, que contribuiu activamente para a organização do Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental, que canalizou maiores recursos humanos e financeiros para os Serviços de Saúde e Higiene da Colónia e que secundou os planos do seu novo responsável pelos serviços de saúde para desenvolver a assistência médica ao indígena (AMI) e o combate à doença do sono na colónia.³⁶⁶ Procurando com estes projectos consumir

³⁶² Portaria nº 55-B, 1 de Março de 1919. *Boletim Oficial da Província de Angola* suplemento ao nº 9 de 1 de Março de 1919, Série I, pp. 14-22.

³⁶³ Freudenthal, Aida. 2001. «Angola». In *O Império Africano 1890-1930*, coord. A. Oliveira Marques, vol. XI, Lisboa: Editorial Estampa, pp. 441-447 e Pimenta, Fernando. 2008. *Op. cit.* (155), pp. 122-129.

³⁶⁴ *Idem*, pp. 423-426.

³⁶⁵ Matos, Norton. 1926. *A Província de Angola*. Porto: Edição de Maranus, p. 15.

³⁶⁶ Segundo Norton de Matos o orçamento dos Serviços de Saúde e Higiene passou de 164 contos em 1920-21 para 2.300 contos no orçamento de 1921-22 e para 3.574 contos no orçamento de 1922-23. *Idem*, p. 86.

definitivamente os planos imperialistas que os Europeus tinham estipulado nas resoluções da Conferência de Berlim.

António Damas Mora foi o médico escolhido pelo Alto-Comissário para chefiar os serviços de saúde da província.³⁶⁷ Não sendo diplomado pela Escola de Medicina Tropical, tinha a seu favor a participação na missão que tinha conseguido erradicar a doença do sono na ilha do Príncipe e, sobretudo, uma larga experiência profissional como médico nas colónias, cumprindo desta forma os requisitos profissionais e epistemológicos que vinham a obter maior legitimidade desde a chegada dos republicanos ao poder. Recebeu deste último uma grande cobertura política para intensificar a actividade médica e científica na colónia de Angola e a sua prioridade acabou por recair no combate à doença do sono no Norte da província nos territórios junto à fronteira com o Congo Belga, onde a patologia grassava endemicamente. Após a tomada de posse, Damas Mora, enviou uma circular aos delegados e subdelegados de saúde através da qual apresentou as linhas gerais da sua actuação, proferindo as seguintes orientações:³⁶⁸

Foi-me cometido o encargo de dar ao serviço de saúde uma orientação e um desenvolvimento que se coadunem com a época de realizações que atravessamos, e com a amplitude que vão tomar os restantes factores de progresso nesta Colónia.

Meço bem a minha responsabilidade e assumo-a deliberadamente, norteando-me entre duas balizas que me impedirão de desviar-me do caminho recto.

Primeiro, a consideração de que sendo detentor de uma parcela da autoridade que as leis do País conferiram ao Alto-comissário, tenho de a manter com firmeza, sem favores nem injustiças, que se iriam reflectir na pessoa que em mim depositou a sua confiança.

Doutra parte sendo legalmente, em face do mais Alto Magistrado da Província, o representante de uma classe a que me orgulho de pertencer, procederei por forma que os meus actos honrem essa elevada representação.

Dama Mora definiu, com clareza, que as suas prioridades assentariam em dois eixos: o desenvolvimento de um projecto sanitário que se coadunasse com as opções políticas do Alto-comissário e empregar todos os esforços para elevar o estatuto da classe médica de Angola. As suas acções acabariam por contribuir, de sobremaneira, para o processo de reconfiguração do meio social em que se inseriam os médicos da colónia, nomeadamente, no âmbito das suas relações com os nativos, com os médicos de Angola entre si, com a comunidade científica intercolonial, com a comunidade internacional e, também, com a imprensa local.

³⁶⁷ Licenciado em medicina pela Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa em 1901 foi colocado em 1902 no quadro de saúde de Angola e S. Tomé e Príncipe onde se dedicou ao estudo da doença do sono em colaboração com a EMT. Esteve ainda destacado como delegado de saúde em Timor nos anos 1914, 1915 e 1916. Entre 1936 e 1939 assumiu o cargo de director do Instituto de Medicina Tropical.

³⁶⁸ Mora, A. Damas. 1921. «Circular da Repartição Superior de Saúde e Higiene aos Srs. Delegados e Subdelegados de Saúde da Província de Angola». *Revista Médica de Angola*, suplemento ao nº 1, p. 5.



Figura 3.1. Fotografia de António Damas Mora.³⁶⁹

Damas Mora tinha em mente desenvolver uma política de proximidade e de intensificação do contacto das autoridades sanitárias com as populações indígenas, na medida em que as considerava um instrumento fundamental para a economia de Angola, isto é, citando o autor, “Ao serviço de saúde cabe a tarefa hercúlea de economizar o capital humano, indiscutivelmente a verba de maior valor no activo da Colónia.”³⁷⁰ Por outro lado, em virtude de tratar de indivíduos doentes, logo num estado de maior necessidade, afirmou que a medicina tinha a capacidade de atrair o indígena, podendo ser útil a coadjuvar o Alto-comissário nos seus planos de intensificar o controlo administrativo exercido sobre o território e sobre as suas populações,³⁷¹

A razão é bem clara. - A assistência médica é uma das formas mais eficazes de demonstrarmos ao indígena a nossa desinteressada protecção. Ele pode duvidar da utilidade de muitos empreendimentos, de que não compreende senão o trazerem-lhe um acréscimo de trabalho físico. Mas não duvidará das nossas boas intenções quando elas se traduzem, em curarmos-lhe uma doença, salvarmos-lhes um filho da morte, e a evitarmos-lhe o perigo de um contágio fatal.

Quando, em Angola, a assistência chegar à fase de procurar o indígena, na sua cubata, em vez de esperar, comodamente que ele largue os feiticeiros a quem está atavicamente encadeado, o serviço de saúde terá adquirido o prestígio e a autoridade que lhe competem e ninguém ousará contestar-lhos.

³⁶⁹ Pinto, Filipa; Teixeira, Filipa; Almeida, João e Gabriel, Tiago. 2013. «Damas Mora, António (1879-1949)». In *Dicionário dos Médicos Portugueses*, coord. Madalena Esperança Pina, <http://medicosportugueses.blogs.sapo.pt/1350.html>, 26-10-2013, 00:33

³⁷⁰ Mora, A. Damas. 1921. *Op. cit.* (368), p. 6.

³⁷¹ *Idem*, p. 7.

Na sua perspectiva, a decisão de orientar os serviços médicos para a protecção da saúde dos indígenas oferecia uma solução simultaneamente técnica, humanitária e civilizadora, embora sectorial, permitindo responder às pressões internacionais que desafiavam a administração colonial portuguesa a desenvolver políticas a favor das populações autóctones. No entanto, com esta preferência, Damas Mora procurou cumprir diversos objectivos em simultâneo: tratar dos indivíduos doentes, cumprir as funções políticas de atracção do indígena aproximando-os da civilização europeia e da jurisdição nacional, desenvolver pesquisa científica no âmbito das patologias exóticas, tendo em consideração os meios individual, social e natural dos doentes, e reforçar o prestígio da classe médica angolana – contrariando quaisquer tendências divisionistas no seu interior. O novo responsável pela saúde local considerava essencial formar uma comunidade médica social, política e cientificamente respeitada, e ordenada sob um desígnio próprio e comum. Foi com esse intuito que, após ter sido convidado para o cargo de chefe dos serviços de saúde, fez um único pedido ao mais alto magistrado do território: que fosse publicado na colónia um jornal médico e científico – a *Revista Médica de Angola*. Na sua perspectiva o principal propósito desta publicação seria fomentar a troca de experiências entre os médicos da colónia, mantê-los actualizados dos avanços da medicina e da ciência e promover a unidade entre os profissionais do quadro de saúde.³⁷²

Uma das primeiras medidas tomadas com o objectivo de unir a classe médica de Angola em torno dos seus planos foi enaltecer a experiência acumulada pelos seus colaboradores, quer no estudo e combate às patologias exóticas, quer na prestação de cuidados médicos às populações indígenas. Para tal, fez publicar na *Revista Médica de Angola* os diversos relatórios da autoria dos médicos da colónia que tinham desenvolvido acções sanitárias junto das populações indígenas, nomeadamente, no âmbito das brigadas de estudo e de combate à doença do sono constituídas no âmbito da lei promovida por Bernardino Roque em 1913.³⁷³ A revista incluiu, nos seus primeiros números, a publicação dos relatórios de José Silva Neves, referente aos seus trabalhos executados em 1919, enquanto delegado de saúde de Maquela do Zombo (Distrito do Congo), e de Luís Batista de Assunção Velho, relativo à actividade da 1ª Brigada de Estudo e Combate à Doença do Sono, que actuara, entre 1914 e 1918, em Angola.³⁷⁴ Esta revista e, mais tarde, o *Boletim da Assistência Médica ao Indígena e da Luta contra a Moléstia do Sono*, que a substituiu a partir de 1928, continuaram a publicar os relatórios das diversas missões e dos serviços que foram sendo constituídos para, entre outros propósitos, lidar com a referida patologia exótica.

³⁷² *Idem*, p.7.

³⁷³ Mora, A. Damas. 1921. «Duas palavras de justificação». *Revista Médica de Angola*, nº 1, pp. 5-7.

³⁷⁴ Neves, J. Silva. 1921. «Serviços de Saúde Distritais». *Revista Médica de Angola*, nº 1, pp. 167-177 e Velho, L. Assunção. 1921. *Op. cit.* (359), pp. 7-196.

Nos seus planos foi, ainda, prevista a criação de um Instituto de Investigação Científica de Angola, criado formalmente em 1921,³⁷⁵ e para o qual foram contratados em 1923 dois médicos diplomados pela EMT, ambos dos Quadro de Saúde do Estado da Índia e professores da Escola Médica de Goa, que contavam no seu currículo com uma larga experiência de estudo e combate a patologias exóticas, Idalêncio Froilano de Melo (1887-1955) e Carlos Germano Correia (1888-1967).³⁷⁶ Este foi outro instrumento pensado para cumprir diversas funções, simultaneamente técnicas e políticas: de produção científica, de aconselhamento técnico ao poder político, de aperfeiçoamento técnico dos médicos da colónia e de coordenação de uma rede de laboratórios distritais, que o responsável pelo serviço de saúde também pretendia criar.³⁷⁷

Em boa verdade, a organização científica é, no meu espírito, uma grande aspiração, sem lhe descontar, antecipadamente, notáveis resultados, pelo menos por enquanto. Creio que estes, somente serão uma realidade, quando funcionando devidamente e, dirigido com competência, o Instituto de Investigações Científicas possa criar uma orientação geral, fazer escola entre os médicos novos, com maior queda para os tão atraentes quanto difíceis assuntos de sua especialidade, e, pela Província inteira, os directores dos Laboratórios distritais, os entomologistas e os micologistas, providos de material conveniente possam trabalhar harmonicamente, para uma obra de utilidade, não só local como mundial.

Em 1923 foi organizada em Luanda uma reunião científica internacional - o 1º Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental - com o intuito de se debruçar sobre os diversos assuntos de higiene e saúde dos povoamentos europeus e indígenas da África Ocidental, colocando uma ênfase especial no problema da AMI.³⁷⁸ Esta reunião revelou que os projectos políticos do governo e dos serviços de saúde de Angola iam para além da sua afirmação interna. O Congresso reuniu algumas das personalidades mais relevantes da medicina colonial e um conjunto de administradores de diversas colónias europeias de África, nomeadamente a belga, as francesas, inglesas e portuguesas. Como referiu Norton de Matos, o congresso revelou-se uma boa oportunidade para anunciar a uma audiência internacional a nova capacidade

³⁷⁵ O Instituto foi formalmente criado em 1921 na base 28ª do Decreto nº 74, de 17 de Novembro de 1921. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 47, de 26 de Novembro de 1921, Série I, p. 311.

³⁷⁶ Portaria da Repartição Superior de Saúde e Higiene de 1 de Fevereiro de 1923, nomeação de Idalêncio Froilano de Melo para director do Gabinete de Protozoologia e Micologia do Instituto de Investigações Científicas de Angola. In *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 7, de 17 de Fevereiro de 1923, série II, p. 76; Portaria da Repartição Superior de Saúde e Higiene de 1 de Fevereiro de 1923, nomeação de Alberto Carlos Germano da Silva Correia para director do Gabinete de Antropologia do Instituto de Investigações Científicas de Angola. In *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 7, de 17 de Fevereiro de 1923, série II, p. 76.

³⁷⁷ Mora, A. Damas. 1921. «Projecto de Reorganização dos Serviços de Saúde da Província de Angola. Relatório». *Revista Médica de Angola*, suplemento ao nº 1, p. 15.

³⁷⁸ Decreto nº 214, de 10 de Dezembro de 1922. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 50, de 16 de Dezembro de 1922, Série I, pp. 338-339.

colonizadora de Portugal, em particular, da nova administração do território, pretendendo projectar, desta forma, uma imagem de modernidade da colónia.³⁷⁹ As autoridades locais entendiam que a ciência e a actividade médica iriam assumir um lugar cada vez mais proeminente no projecto de modernização de Angola que se encontrava em curso, como se depreende das seguintes palavras proferidas por Damas Mora no discurso da sessão inaugural do congresso:³⁸⁰

Que l'on veuille bien me pardonner cette longue digression, où j'ai seulement envisagé l'objectif de ce Congrès du point de vue portugais. Mais j'avais le droit et le devoir d'affirmer devant cet auditoire d'élite que, si l'état actuel de l'organisation médicale en Angola ébauche à peine ses directives, nous savons ce qu'il nous reste à faire, et que nous marchons sans hésiter dans la rude voie au bout de laquelle se trouvent les pays cultivés.

(...) Et nous qui voulons aussi joindre notre effort aux efforts des autres peuples, nous qui traversons depuis deux ans en Angola, une période d'intense réorganisation dans tous les champs de l'activité sociale, nous avons enregistré à notre modeste Revue médicale, et nous inscrirons aux comptes-rendus du Congrès, les résultats de notre travail scientifique.

Este evento científico foi também um acontecimento que permitiu revelar a postura emancipadora relativamente à metrópole que norteava as principais figuras da província. Efectivamente, Damas Mora, no mesmo discurso de abertura, propôs aos médicos presentes das diversas colónias da África ocidental e equatorial que a colaboração entre todos fosse reforçada, nomeadamente, que se intensificasse a troca de publicações científicas e que se prosseguisse com a organização de mais encontros médicos e científicos intercoloniais.³⁸¹ É significativo o facto de nesta sua proposta não se encontrar qualquer referência aos grandes centros científicos metropolitanos. Damas Mora tinha a expectativa de ver aprofundadas as relações intercoloniais, com o objectivo particular de estabelecer um conjunto de novos fluxos científicos de natureza mais regional.

³⁷⁹ Matos, Norton. 1944. *Memórias e trabalhos da minha vida*. III Volume, 2ª edição, Lisboa: Editora Marítimo-Colonial, Lda., p. 292.

³⁸⁰ Mora, A. Damas. 1923. «La raison d'être des Congrès de Médecine dans L'Ouest-Africain. Allocution prononcée à la séance solennelle du Premier Congrès de Médecine Tropicale de l'Afrique Occidentale». *Revista Médica de Angola* - Número Especial Consagrado ao Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental, vol. 1, nº 4, pp. 56-57.

³⁸¹ *Idem*, pp. 56-58.

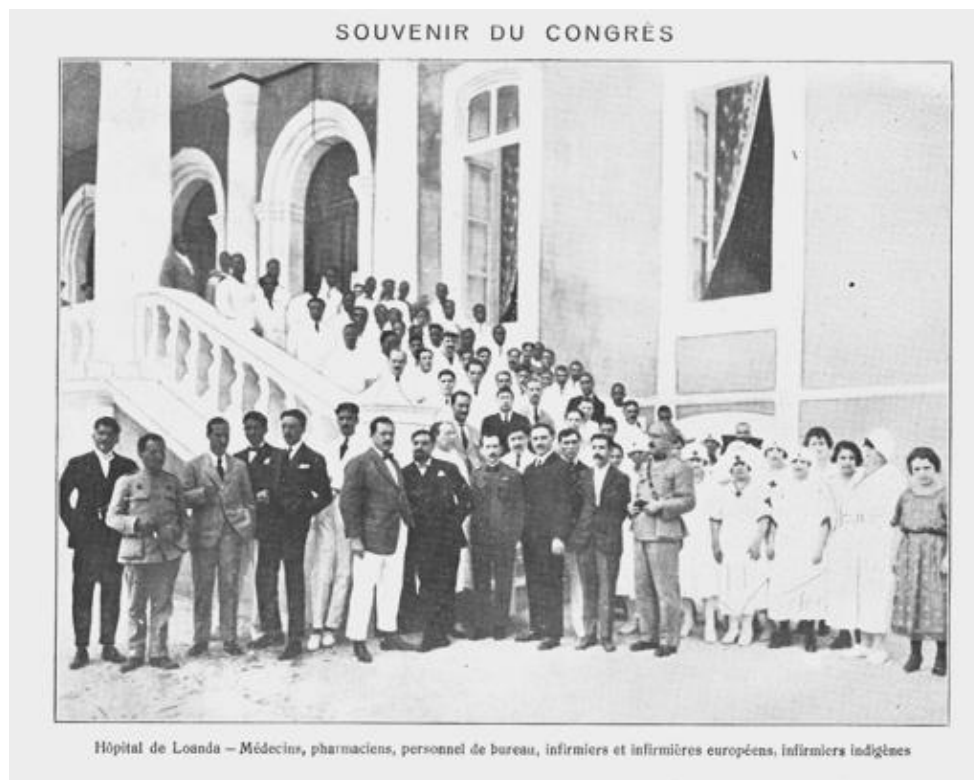


Figura 3.2. Fotografia dos funcionários do Serviço de Saúde de Angola reunidos para receber o Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental em Luanda (1923).³⁸²

Terminado o congresso, foi criada imediatamente, em 1924, uma missão de reconhecimento e combate à tripanossomíase no distrito do Zaire (Norte de Angola) com o objectivo de fazer o levantamento da carta de distribuição da doença do sono e de vários insectos hematófagos, proceder à vacinação antivariólica e determinar o índice palustre das regiões percorridas.³⁸³ Voltava assim a ser adoptada uma estratégia de estudo e combate que tinha já vigorado na colónia baseada em missões. Seguiram para o distrito do Congo e do Zaire duas missões lideradas respectivamente por Carlos Leopoldino de Almeida e Frederico Rebelo, ambos médicos do quadro de saúde da província, tal como fixava a legislação. Carlos Almeida publicou o seu relatório final, no qual teceu algumas considerações negativas sobre o sistema de combate à doença do sono adoptado no passado. Para além de entender que algumas medidas seriam impraticáveis, do ponto de vista logístico, considerou-as também diplomaticamente comprometedoras, sobretudo no que concerne à falta de capacidade para atrair as populações indígenas e de as colocar sob a influência do Estado português. Quer a extensão das matas existentes nas regiões infestadas pelas glossinas, quer a importância económica dos animais selvagens e domésticos para a economia indígena, não recomendavam a execução de medidas tão drásticas como o derrube dessas matas, a caça intensiva dos animais selvagens ou a

³⁸² s/a. 1923. «Souvenir du Congrès». In *Revista Médica de Angola*, nº especial consagrado ao Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental, nº 5, fasc. II, p. 44.

³⁸³ Portaria Provincial nº 42, de 4 de Abril de 1924. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 11, de 5 de Abril de 1924, Série I, pp. 58-59.

proibição da criação de cabras, porcos e outros animais.³⁸⁴ O modelo de actuação proposto por Carlos Almeida consistia na organização de um serviço de assistência clínica abrangente, que tratasse todas as doenças e sobretudo aquelas que dessem vantagem ao médico europeu sobre o *quibanda* (curandeiro), de acordo com as propostas proferidas por José Firmino de Santana (n. 1879) no congresso médico de Luanda.³⁸⁵ No que respeita ao combate específico à doença do sono sugeriu que a intervenção se concentrasse na esterilização das populações residentes em regiões infectadas, no isolamento dos doentes crónicos em campos de segregação e no afastamento das populações das matas onde fossem detectadas grandes quantidades de glossinas.³⁸⁶ Propôs ainda a colocação de instalações de carácter administrativo e laboratorial nas sedes distritais da colónia, preparadas para aí desenvolverem pesquisas a partir de doentes enviados pelos diversos postos sanitários. Estes últimos constituiriam os restantes pontos da rede de cobertura sanitária de cada distrito.³⁸⁷



Soba grande do Kindele com os doentes do sono ali em tratamento

Figura 3.3. Concentração de nativos infectados com a doença do sono para receberem cuidados médicos por parte dos médicos da missão de estudo e combate à doença do sono, liderada por Carlos de Almeida.³⁸⁸

³⁸⁴ Almeida, Carlos. 1927. «Os trabalhos das Missões do sono estabelecidas nos distritos do Congo e Zaire, em 1923». *Revista Médica de Angola*, nº 5, p. 34.

³⁸⁵ José Firmino Sant'Anna, médico dos quadros de saúde de Moçambique e nomeado, desde 1919, para o cargo de demonstrador da Escola de Medicina Tropical. Ver Sant'Anna, J. Firmino. 1923. «O problema da assistência médico-sanitária ao indígena em África». *Revista Médica de Angola - Número especial consagrado ao Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental*, vol. 2, nº 5, pp. 73-178.

³⁸⁶ Almeida, Carlos. 1927. *Op. cit.* (384), p. 35.

³⁸⁷ *Idem*, p. 37.

³⁸⁸ *Idem*, p. 67.

Em Fevereiro de 1924, após uma veemente contestação, conduzida pelo periódico *A Província de Angola*,³⁸⁹ à falta de actuação do chefe dos serviços de saúde contra a epidemia de peste que desde 1923 assolava a colónia,³⁹⁰ Damas Mora acabou por ser exonerado a seu pedido e substituído pelo Coronel-Médico João Salgado Júnior.³⁹¹ Como refere Fernando Pimenta, em meados da década de vinte XX os colonos brancos da colónia acentuaram o seu protesto contra os modelos centralizadores de administração colonial.³⁹² O modelo descentralizado aplicado pelos republicanos não foi por isso inteiramente do agrado dos membros do movimento, que pretendiam a instituição de um sistema de governo mais próximo do britânico e não um “decalque imperfeito” do modelo francês.³⁹³ Como foi já referido a imprensa, sobretudo os jornais publicados na colónia como *A Província de Angola*, foi um dos veículos utilizados por esse grupo descontente de colonos para transmitir as suas ideias e projectar a sua autoridade. Em larga medida, a demissão de Damas Mora resultou desse esforço de afirmação sobre o governo local. A sua indisponibilidade para receber a imprensa local e esclarecer os habitantes locais com informações fidedignas relativamente à evolução da epidemia de peste que estava a assolar a colónia acabou por extremar as posições entre a Repartição Superior de Saúde e a população branca local, como se depreende deste comentário feito pelos responsáveis d’ *A Província de Angola*:³⁹⁴

Não nos surpreende este lógico e natural desfecho, que se impunha. Àquela Repartição Superior cabia uma elevada missão e uma grande obra na Colónia; obra e missão em que absolutamente falhou. (...) Salvou-se apenas o *Congresso de Medicina*, levando a cabo porque, uma vontade superior animou a ideia e lhe deu visibilidade de realização e também porque uma emulação e desejo de brilhar, concorreram para o seu belo êxito. Se em tudo o resto os mesmos sentimentos, a mesma boa vontade, e persistência se tivessem empregado, temos a certeza de que não seria forçoso ao Sr. Damas Mora ir-se embora, porque teria triunfado. Assim retira-se sob o peso de um fracasso.

A falta de conhecimento acerca da realidade social e política da colónia, que conhecia há menos de dois anos, e o processo da sua afirmação no quadro de estruturação de um modelo de governação profundamente hierarquizado, terá impedido Damas Mora de compreender a

³⁸⁹ A fundação do jornal *A Província de Angola* marcou o jornalismo em Angola, que assim entrou numa fase mais empresarial. Lopo, Castro. 1952. *Para a História do Jornalismo de Angola*. Luanda: Edição do Museu de Angola, p. 22 e Melo, Borges. 1999. *História da imprensa de Angola*. Rio de Janeiro: Semana Ilustrada Editorial, pp. 140-143.

³⁹⁰ As críticas foram sendo proferidas em diversos números do diário luandense. A título de exemplo ver s/a. 1923. «Saneamento da Cidade». *A Província de Angola*, 1 de Novembro, p. 2, s/a. 1923. «Dia-a-dia». *A Província de Angola*, 22 de Novembro, p. 1 e, finalmente, Pina, Adolfo. 1923. «A peste bubónica em Loanda- Analisando os Boletins sanitários e mais literatura médica dos serviços de saúde sobre a epidemia». *A Província de Angola*, 6 de Dezembro, p. 2.

³⁹¹ Decreto do Alto Comissariado da República de 27 de Dezembro de 1923. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 4, de 26 de Janeiro de 1924, Série II, p. 38.

³⁹² Pimenta, Fernando. 2005. *Op. cit.* (137), p. 94.

³⁹³ *Idem*, p. 90.

³⁹⁴ s/a. 1924. «Dia-a-Dia». *A Província de Angola*, nº 21, p. 1.

importância local que esse movimento estava a adquirir, culminando este processo na sua demissão.

Em 1914, quando Kopke começou a reflectir sobre a situação em que se encontrava a Escola demonstrou que estava bem ciente de que a autoridade da instituição era cada vez menor, pelo declínio da investigação científica nela realizado. Para corrigir esta situação Ayres Kopke solicitou às autoridades para que o pessoal técnico auxiliar da instituição fosse aumentado e ainda que lhes fosse facilitada a frequência em cursos de especialização em escolas estrangeiras, no sentido de dinamizar a inovação científica. Sugeriu que se fizessem melhorias em certos equipamentos e, inclusivamente, que fosse construído um novo Hospital da Marinha e Colónias. Solicitou o envio de um maior e mais variado número de patologias exóticas para o HC e que fossem transferidos para as suas enfermarias indivíduos internados nos hospitais militares e civis da metrópole. Finalmente, propôs que fosse aumentada a dotação orçamental da Escola para a realização de missões científicas.³⁹⁵ Um reflexo da nova realidade com que se deparava a instituição traduziu-se na incapacidade dos seus responsáveis no sentido de convencer as autoridades competentes para atenderem a estas solicitações, nomeadamente de organizar de missões de estudo às colónias.³⁹⁶ Não obstante o esforço efectuado pelos dirigentes da instituição, estas preocupações mantinham-se em 1920. A ausência da realização de missões levou os responsáveis pela Escola a fazer constar essa informação no número especial d'*A Medicina Contemporânea*, que disponibilizou informação aos estudantes sobre os estabelecimentos e as condições do ensino médico de Lisboa.³⁹⁷

Nesta fase da sua vida, a instituição encontrava-se desprovida dos meios para produzir e divulgar o seu conhecimento. A incapacidade para organizar missões, tal como a de aceder a exemplares de doenças para estudo, são exemplos das dificuldades com as quais se depararam os investigadores da Escola para prosseguir com as suas pesquisas. Acresce ainda a reduzida participação em reuniões científicas, bem como, a quebra na publicação e distribuição do seu periódico. Uma privação que, para além de significar a incapacidade de desenvolver respostas para os novos problemas médicos, científicos e sanitários, retirou a possibilidade de mobilizar alguns dos “instrumentos de crédito” que tinha servido de base de legitimação e facultado à Escola capacidade efectiva para exercer uma acção política de espectro alargado.³⁹⁸ Neste período, a Escola foi cada vez mais solicitada pelos poderes públicos com o fim de aumentar a sua capacidade de formação de médicos especialistas, em detrimento das solicitações aos seus

³⁹⁵ Kopke, Ayres. 1914. *Op. cit.* (325), pp. 134-137.

³⁹⁶ *Idem*, p. 137.

³⁹⁷ s/a. 1920. «Escola de Medicina Tropical». *A Medicina Contemporânea*, ano XXXVIII, nº 3, p. 17.

³⁹⁸ Biagioli, Mario. 2006. *Op. cit.* (3), pp. 1-2.

serviços de consultadoria técnica. A Escola perdeu, assim, a sua posição central no seio da administração colonial no que concerne à produção de conhecimento médico.

As diversas modificações que ocorreram no contexto da EMT foram acompanhadas pela criação de um ambiente mais favorável à emancipação profissional, científica e política dos médicos e das autoridades locais. Estes cumpriam um requisito cada vez mais valorizado pela administração colonial portuguesa e pela comunidade internacional, isto é, detinham mais experiência de contacto com a realidade colonial ou, pelo menos, mais facilidade para a adquirir. A maior parte do conhecimento produzido nas instalações da Escola, pelo contrário, encontrava-se desprovida de quaisquer elementos sobre a realidade local, sobre o modo de vida das populações, sobre as suas reacções às medidas de higiene preconizadas e sobre os meios necessário para conseguir implementar as suas propostas. Inclusivamente, a valorização dos médicos das colónias também se reflectiu nos requisitos exigidos para se ser admitido para o corpo docente e técnico da Escola. Para preencher os lugares de professores, de demonstrador e chefe dos trabalhos práticos da Escola, foi instituída em 1920 uma norma que restringiu os concursos aos profissionais dos quadros de saúde coloniais, apenas aos diplomados com o curso de medicina tropical, que demonstrassem competência para o efeito.³⁹⁹ Esta conjuntura foi assim aproveitada pelas autoridades sanitárias de Angola para desenvolverem um conjunto de iniciativas no sentido de consolidar a sua posição profissional e científica, tanto no seio da administração colonial, como da sociedade angolana e intercolonial, sobretudo no que concerne ao estudo e ao combate às principais patologias que afectavam as populações indígenas.

Damas Mora, após a sua nomeação, revelou a sua disposição para alterar o rumo da gestão da saúde pública da colónia, reagindo positivamente ao espírito descentralizador veiculado pelo regime republicano, que procurou dar maior iniciativa às autoridades e funcionários das colónias. Para o efeito, procurou valorizar os recursos humanos que se encontravam à sua disposição nos Quadros de Saúde da colónia e constituir novas formas para a sua legitimação profissional, afastando-se da posição outrora assumida na colónia de subalternidade científica relativamente à EMT. As autoridades sanitárias de Angola assumiram a responsabilidade de definição das estratégias de intervenção sanitária e prepararam-se para assumir, no futuro, os encargos com a produção científica no âmbito das patologias tropicais. Todas estas opções criaram uma postura menos favorável à colaboração com a EMT.

A doença do sono foi também um grave problema político e económico na província de S. Tomé e Príncipe, acabando por se constituir nesse território, tal como em Angola, um sistema

³⁹⁹ Ver artigo 4º do Decreto nº 7.096 de 6 de Novembro de 1920, *Op. cit.* (337), p. 1541.

de colaboração e de recrutamento de doentes e vectores para as enfermarias do HC e para o museu da Escola. Contudo, quando, em 1914, a doença do sono foi erradicada da ilha do Príncipe deixou de constar entre as principais preocupações das autoridades sanitárias da colónia. Sendo assim, os interesses da Escola e das autoridades locais deixaram de coincidir, com o consequente efeito prejudicial de interromper um sistema de cooperação já relativamente bem instituído e eliminar a mais importante fonte de exemplares de estudo que a Escola utilizara até essa data.

A redução da actividade da Repartição Técnica de Saúde, constatada pelas autoridades em 1924, que serviu de justificação para a substituir por uma secção com um número menor de funcionários, é mais um elemento que traduziu a situação de marginalidade que afectou a Escola. Durante o governo centralizador do regime monárquico este órgão técnico da DGU constituiu-se num eixo que cumpriu a sua função de receber, analisar e distribuir a informação referente aos assuntos médicos, científicos e sanitários, provenientes dos vários órgãos da administração colonial. Coube aos serviços de saúde do Ministério fazer circular os processos com os diversos pedidos de doentes e material diverso que a Escola dirigiu às autoridades sanitárias das colónias e *vice-versa*. A situação revelada em 1924 sugere que a intensidade das comunicações estabelecidas entre a metrópole e governo colonial era mais reduzidas e, consequentemente, que a posição da Escola era agora relacionalmente mais distante dos agentes científicos, médicos e dos políticos da metrópole mas, sobretudo, dos agentes das colónias. A alteração da postura dos médicos de Angola, o desinteresse das autoridades de S. Tomé e Príncipe pelas questões relacionadas com a doença do sono, a filosofia política assumida pelas autoridades do novo regime e a redução da importância dos serviços de saúde da Direcção Geral das Colónias, dão conta de uma certa marginalização da componente técnica e científica da EMT e que terá sido determinante para reduzir a autoridade científica e política que adquirira entre 1913 e 1925.

As audiências médica e política da Escola, que, na definição de Peter Dear estariam na base da credibilidade que a Escola obtivera no passado,⁴⁰⁰ e que lhe conferira autoridade e os meios para regular a acção dos profissionais responsáveis pela execução dos planos de estudos e combate à doença do sono, procuravam agora instituir novas referências e novos eixos de coordenação política, científica e sanitária, deslocando os fluxos geradores de autoridade para as relações que se estavam a estabelecer entre os serviços técnicos do governo de Angola, as autoridades políticas e sociais da colónia portuguesa e as autoridades médicas das colónias vizinhas. Neste período a Escola preservou, ainda assim, a sua relevância política e administrativa ao nível da

⁴⁰⁰ Dear, Peter. 2004. *Op. cit.* (11), p. 208.

formação especializada de médicos, onde, inclusive, viu a sua oferta reforçada. Em suma, as opções políticas do novo regime republicano, o contexto social e político que se estava a ganhar expressão na colónia e na comunidade internacional após a Primeira Guerra Mundial, interferiram, desta forma, no conjunto intrincado de factores que no passado tinham suportado a actividade científica da Escola e que, concomitantemente, lhe tinha conferido uma função de Estado muito alargada.

Capítulo 4. A Escola de Medicina Tropical de Lisboa - a reafirmação do seu projecto político e científico (1925-1935)

A 28 de Maio de 1926 teve início um golpe de estado em Portugal que implantou uma ditadura militar no País. Este sistema vigorou até 1934, quando foi substituído por um novo regime autoritário - o Estado Novo. A liquidação da experiência liberal, que durou mais de um século em Portugal, e a ascensão ao poder de António Oliveira Salazar (1889-1970), em 1932, que acabou por dominar a nação num longo período subsequente, foi um processo conturbado, dominado pelas lutas das diferentes facções políticas, cujo objectivo passou pela aquisição do controle do Estado.⁴⁰¹ O novo ciclo governativo começou frágil e titubeante, sem um projecto político consistente e sem capacidade para agregar as várias tendências políticas, assente, sobretudo, no prestígio dos militares e num certo consenso, que se tinha instalado na sociedade portuguesa, de que havia a necessidade de restabelecer a ordem no País. Efectivamente, no final do primeiro quartel do século XX, Portugal encontrava-se politicamente dividido, financeiramente desequilibrado e diplomaticamente enfraquecido.⁴⁰² É sob o amplo programa de saneamento das finanças públicas dirigido por Salazar a partir do Ministério das Finanças, após a sua nomeação em 1928, que, através de um hábil aproveitamento dos seus êxitos, a sua facção adquiriu algum predomínio sob as outras.⁴⁰³ Começou, desta forma, a projectar-se a constituição de um modelo de governação ditatorial para Portugal, dirigista e centralizador. A política colonial prosseguida a partir de 1926 em prol de uma maior intervenção das estruturas metropolitanas foi perturbando paulatinamente o ambiente político criado na fase anterior, que tinha sido favorável à iniciativa das autoridades das colónias. Essa conjuntura política acabou por ser benéfica para a EMT de Lisboa, que viu de novo a sua autoridade política restaurada, bem como os meios para desenvolver e projectar os resultados da sua actividade científica sobre o domínio colonial.

A ocorrência de alguns acontecimentos nacionais e internacionais, assim como, um certo desencanto que se instalou na sociedade portuguesa relativamente aos resultados da descentralização administrativa republicana, concorreram para alterar o ambiente político em Portugal, nomeadamente, porque tornaram mais sugestivos uma série de argumentos que se revelaram favoráveis a uma prática política e administrativa mais centralizadora. Há que destacar, nomeadamente, a agudização dos protestos autonomistas dos colonos de Angola e a

⁴⁰¹ Rosas, Fernando. 1994. *Op. cit.* (166), pp. 151-241.

⁴⁰² No início dos anos vinte acentuaram-se as clivagens político-partidárias e sociopolíticas que terão contribuído para a formação de um consenso em torno da necessidade de restabelecer a ordem no país e que terá sido determinante para sustentar o novo regime liderado pelos militares. Ver Pinto, António Costa. 2000. *Op. cit.* (161), pp. 31-34.

⁴⁰³ Rosas, Fernando. 1994. *Op. cit.* (166), pp. 189-190.

subida de tom das críticas provenientes da comunidade internacional, sobretudo no âmbito da SdN, relativamente ao regime de trabalho das colónias portuguesas.⁴⁰⁴ Ambos os factores contribuíram para criar um sentimento de insegurança nos círculos coloniais portugueses, deixando a impressão de que havia a possibilidade de se perder a soberania de uma parte dos territórios ultramarinos. As novas autoridades portuguesas interpretaram essas movimentações como sendo perigosas pelo seu carácter fragmentário e desnacionalizador, acentuando essa situação através do seu discurso e contribuindo para criar um contexto mais favorável à intervenção de Lisboa e, em particular, à implementação de medidas de harmonização dos instrumentos de governação colonial. Segue-se uma análise ao modo como uma nova combinação de factores políticos e científicos, coloniais, metropolitanos e internacionais interferiram com a política colonial portuguesa prosseguida pela Ditadura Militar e pelo regime do Estado Novo, acabando, igualmente, por interferir na trajectória da Escola, oferecendo-lhe condições para reafirmar o seu protagonismo, nomeadamente pelo alargamento da sua influência junto das autoridades sanitárias das províncias de Moçambique e Guiné e o papel que a instituição exerceu no processo levado a cabo pelo MC de reestruturação dos serviços de assistência médica ao indígena e do combate à doença do sono de Angola.

A problemática da administração colonial readquiriu dimensão pública com a organização, em 1924 e 1930, respectivamente, dos 2º e 3º congressos coloniais. Inúmeras teses e comunicações apresentadas nessas reuniões apontaram deficiências ao aparelho político-administrativo, nomeadamente a falta de preparação dos funcionários das colónias e a ineficiência dos instrumentos de superintendência ao dispor do estado metropolitano.⁴⁰⁵ Nos círculos coloniais portugueses da metrópole a tese de que os problemas existentes nas colónias se deviam em grande medida à ineficácia administrativa e política criada pela autonomia dos governos coloniais adquiria cada vez mais apoios. No entanto, as abordagens aos problemas apresentadas nos congressos foram diversas, bem como as soluções preconizadas. Ainda assim, o consenso que se instalou na sociedade portuguesa sobre esta matéria, no qual se considerou impreterível alterar os mecanismos de administração colonial, permitiu estabelecer uma base de suporte para prosseguir uma política mais favorável ao reforço da intervenção do MC sobre o quotidiano

⁴⁰⁴ Para uma análise às movimentações dos “autonomistas” de Angola e à reacção nacionalista e autoritária da Ditadura Militar, bem como do regime do Estado Novo aos acontecimentos sucedidos nessa província ver Pimenta, Fernando. 2008. *Op. cit.* (155), pp. 129-159. Para uma análise das movimentações internacionais que procuraram denunciar a existência de um regime de trabalho obrigatório nas colónias portuguesas e de como essas acusações provocaram uma reacção entre os colonialistas portugueses de defesa da reforma da administração colonial e da intensificação da propaganda colonial, ver Jerónimo, Miguel. 2009. *Op. cit.* (93), pp. 211-268. Para uma síntese da reacção portuguesa às ameaças internas e externas consulte-se Alexandre, Valentim. 1993. *Op. cit.* (162), pp. 1117-1123.

⁴⁰⁵ Consulte-se as contribuições de Lourenço Cayolla e T. Garrett em *Teses e Actas das Sessões do II Congresso Colonial Nacional, de 6 a 10 de Maio de 1924*, Lisboa: Tipografia e papelaria América e as contribuições de Virgílio Lemos e Lisboa Lima em *Actas das Sessões e Teses do III Congresso Colonial Nacional, de 8 a 15 de Maio de 1930*. Lisboa: Tipografia e papelaria Carmona.

ultramarino. Foi com esse espírito reformista que em 1926 a recém-criada Comissão de Defesa e Propaganda das Colónias da SGL apresentou uma proposta intitulada *Projecto de Bases para a Reorganização do Ministério das Colónias*.⁴⁰⁶ Os autores do documento apontaram a ineficácia do MC como a principal causa dos problemas que afectavam os territórios ultramarinos, considerando que as deficiências da administração colonial não se deviam ao regime de descentralização que se encontrava em vigor. Para os membros da Comissão, a organização e funcionamento do ministério não se encontrava adaptado ao sistema vigente, revelando uma total incapacidade para proceder à fiscalização da actividade dos governos coloniais, sobretudo devido à falta de preparação técnica do seu pessoal superior.⁴⁰⁷ Segundo os autores do relatório essa situação devia-se às sucessivas reformas que, no passado recente, o tinham destituído dessa capacidade. Nesta discussão convocaram novamente o debate sobre os critérios - geográfico ou técnico - que deviam presidir à organização da administração metropolitana, considerando que no passado se tinha dado demasiada primazia ao primeiro, em detrimento do segundo.⁴⁰⁸

Na inglória luta de há muito travada entre os que preconizam e defendem, na organização do ministério, o exclusivismo de um critério - geográfico ou técnico -, até hoje não houve uma transigência ou um entendimento: venceu o primeiro, destruindo o segundo.

E ainda acrescentaram:⁴⁰⁹

Não há dúvida que o conhecimento directo de uma colónia é indispensável; mas, quando desacompanhado de um sólido auxílio de conhecimentos técnicos, ele torna-se incompleto e imperfeito.

O argumento utilizado pelos autores deste relatório é manifestamente exagerado. Os legisladores que organizaram o MC durante a fase de descentralização administrativa deram, de facto, mais ênfase ao critério de especialização geográfica, mas apenas quando comparado com a organização da estrutura congénere existente no final da Monarquia Constitucional. O que é relevante na leitura que os membros da SGL fizeram da evolução histórica do funcionamento do ministério reside no facto de pretenderem valorizar o conhecimento técnico junto das autoridades metropolitanas, e de o fazerem relacionando-o directamente com o propósito de reforçar os mecanismos de superintendência administrativa. A desilusão com os resultados da experiência colonial republicana promoveu uma mudança na forma como se concebia o modelo

⁴⁰⁶ Aguiar, António; Cortesão, Armando; Pereira, Artur, Machado, Fernando e Morais, Jaime. 1926. «Projecto de Bases para a Reorganização do Ministério das Colónias». *Boletim da Agência Geral das Colónias*, nº 12, pp. 7-45.

⁴⁰⁷ *Idem*, p. 8.

⁴⁰⁸ *Ibidem*.

⁴⁰⁹ *Idem*, p. 9.

de administração colonial.⁴¹⁰ Mesmo entre os que continuavam a defender as virtudes da descentralização, como era o caso dos autores deste relatório, tornou-se evidente que havia a necessidade de corrigir as suas deficiências e inverter a lógica de relaxamento que se tinha instalado no ministério, nomeadamente, em termos de fiscalização técnica dos negócios públicos e da actividade dos governos coloniais.

É importante ter em consideração que no período de afirmação das novas ideias e protagonismos a condução da política colonial traduziu, em larga medida, a ambiguidade que marcou a evolução da conjuntura política da metrópole. Efectivamente, no longo e atribulado processo político e negocial que culminou na institucionalização do Estado Novo em 1934, prevaleceu no discurso das autoridades portuguesas a defesa de alguns dos principais enunciados políticos que marcaram a governação republicana, enquanto, em paralelo, se implementaram várias medidas que visaram corrigir a desordem civil e financeira que, alegadamente, se instalara nos territórios ultramarinos.⁴¹¹ Com efeito, em inúmeras ocasiões foi afirmado que continuaria a vigorar o modelo de descentralização política e administrativa, à imagem do que tinha sido implementado durante a Primeira República. Concomitantemente foram criados mecanismos com o intuito de reforçar o poder da metrópole. O exercício governativo do novo Ministro das Colónias, João Belo (1876-1928), durante os anos de 1926 e 1927, foi marcado exactamente por essa ambiguidade. Este governante procurou reforçar a superintendência metropolitana e o combate aos desmandos administrativos e financeiros das colónias, tendo, com esse intuito, publicado o Decreto-lei nº 12.421, de 2 de Outubro de 1926.⁴¹² Nessa legislação, todavia, deixou bem explícito que continuaria a vigorar um regime de autonomia administrativa e financeira.⁴¹³

Em 1930 foi publicado o Acto Colonial, um documento que procurou dar maior amplitude a essa nova mentalidade política e administrativa, como afirmou Valentim Alexandre, “...o regime nele estipulado tinha em vista garantir a centralização política e administrativa, dando a Lisboa o controle de todas as decisões.”⁴¹⁴ Em 1928 a postura autoritária da metrópole tinha sido substancialmente reforçada com a nomeação, em regime de interinidade, de Salazar para a pasta das colónias, na medida em que este procurou estender ao contexto colonial os princípios

⁴¹⁰ Alexandre, Valentim. 1993. *Op. cit.* (162), pp. 1123-1127.

⁴¹¹ Rosas, Fernando. 1994. *Op. cit.* (166), p. 151.

⁴¹² Marques, A. Oliveira. 2001. «Introdução. Aspectos de política geral». In *O Império Africano 1890-1930*, coord. A. Oliveira Marques, vol. XI, Lisboa: Editorial Estampa, p. 25.

⁴¹³ No decreto que estabeleceu as novas bases orgânicas da administração colonial são indicados 6 princípios pelos quais o governo iria procurar orientar a sua acção, sendo o primeiro referente à “Unidade política do território colonial” e o segundo (ponto b) de defesa da manutenção do regime de descentralização da administração colonial. Decreto nº 12.421 de 2 de Outubro de 1926. *Diário do Governo*, nº 220 de 2 de Outubro de 1926, Série I, p. 1451.

⁴¹⁴ Alexandre, Valentim. 1993. *Op. cit.* (162), p. 1134.

de equilíbrio financeiro que já vigoravam na metrópole, também pela sua acção enquanto Ministro das Finanças.⁴¹⁵ No entanto, se na prática administrativa quotidiana se constatou um acréscimo do poder exercido pela metrópole, os autores do Acto Colonial continuaram a afirmar que o enquadramento legal proposto para a administração colonial se encontrava em linha com a legislação publicada em 1926, conservando desta forma o regime de descentralização administrativa: “agora nada mais se faz do que fortalecer e aperfeiçoar a reforma tão salutarmente começada, mantendo a justa descentralização administrativa.”⁴¹⁶

Em 1931, Armindo Monteiro (1896-1955) tornou-se no novo responsável pela pasta das colónias e prosseguiu com a política de centralização e harmonização da governação colonial. No discurso que proferiu durante a sessão de abertura da 1ª Conferência de Governadores Coloniais, realizada a 1 de Junho de 1933, salientou que a protecção da unidade nacional dependia da existência de uma “unidade de pensamento directivo”.⁴¹⁷ Com o intuito de implementar a sua política procurou que os seus funcionários adoptassem uma postura mais interventiva e dirigista perante as autoridades locais, procurando, deste modo, concentrar o poder da administração colonial no MC:⁴¹⁸

O Ministério das Colónias, de que o regime das autonomias tinha feito a apagada sombra de uma autoridade, retoma assim na vida nacional um papel de primeira grandeza. Não será apenas, como até aqui, um órgão de fiscalização e de orientação superior - tão alta que quase ninguém conseguia vê-la! - mas de acção imediata. Não será uma vaga inspecção, possível mas nunca efectivada, ou uma simples repartição do expediente das Colónias na Metrópole - mas a primeira autoridade do Império, o principal centro de comando para a realização do nosso grande ideal ultramarino.

A materialização das suas ideias políticas no âmbito da administração de saúde colonial iniciou-se em 1932, ao extinguir a Secção Técnica de Saúde da Repartição Central da Direcção Geral dos Serviços Centrais do MC, criando, em sua substituição, a Repartição de Saúde. A substituição da secção pela repartição, não só concentrou a direcção dos serviços médicos coloniais civis e militares, como representou uma valorização dos seus técnicos no quadro da organização administrativa do ministério.⁴¹⁹ Ainda assim, a lei continuou a exigir que os funcionários da repartição exercessem o seu lugar em comissão de serviço, prevendo, o seu

⁴¹⁵ *Idem*, p. 1132.

⁴¹⁶ Decreto n.º 18.570 de 8 de Julho de 1930. *Diário do Governo*, n.º 156, de 8 de Julho de 1930, Série I, p. 1309.

⁴¹⁷ Monteiro, Armindo. 1933. «Directrizes duma política ultramarina». *Boletim Geral das Colónias*, ano IX, n.º 97, p. 12.

⁴¹⁸ *Idem*, pp. 12-13.

⁴¹⁹ Decreto-lei n.º 20.921, de 22 de Fevereiro de 1932. *Diário do Governo*, n.º 44, de 22 de Fevereiro de 1932, Série I, pp. 356-357.

artigo 5º, que o seu chefe fosse um médico com mais de 15 anos de experiência de serviço nas colónias.⁴²⁰

Para compreender a crescente importância que foi dada aos técnicos de saúde dentro do ministério - e para entender a mentalidade centralizadora que se constituiu no seio da burocracia metropolitana, ao longo da fase de consolidação do regime do Estado Novo - é indispensável fazer referência à reforma do MC que foi levada a cabo em 1936. O “retalhamento geográfico” dos serviços do ministério não se coadunava com o “espírito de unidade” que se encontrava impregnado na nova legislação colonial portuguesa.⁴²¹ A organização proposta tinha a ambição de agilizar os serviços e concluir o processo de concentração do poder no Ministério, procurando reforçar a sua capacidade governativa, bem como, exercer uma superintendência técnica mais activa: “Compreende-se e justifica-se todavia a organização especializada dos serviços, porque essa vem aumentar em ritmo, largueza e intensidade o poder de quem manda no centro desse feixe de serviços. E um grande Império exige em todos os instantes um forte poder.”⁴²² Estava-se finalmente perante um poder consolidado, que caracterizou a nova estrutura ministerial sem ambiguidades. Segundo os autores da lei, voltou a vigorar o “sistema técnico que desde longa data presidiu à administração central do ultramar português”.⁴²³ Este período da política portuguesa, na qual se foi afirmando paulatinamente um poder autoritário, centralizador e tecnocrático, alterou, por completo, as circunstâncias que enquadravam a actividade dos médicos das colónias, tal como, da EMT. Se no período anterior as alterações ocorridas na envolvente da Escola a colocaram numa posição marginal, as mudanças políticas agora mencionadas, em combinação com uma série de outros episódios de índole médica e científica, acabaram por gerar um novo contexto mais favorável à sua reafirmação científica e política.

Em 1925, a SdN organizou, em Londres, a Conferência Internacional sobre a Doença do Sono, com o objectivo de avaliar a situação em que se encontravam os conhecimentos médicos e o combate à doença do sono em África. Como delegado do governo português foi nomeado Ayres Kopke. Pela importância política e diplomática que adquiriu no seio da administração colonial, esta reunião deu uma oportunidade à Escola de tirar dividendos políticos e de fortalecer a sua posição junto das autoridades portuguesas e dos médicos coloniais. Nesse mesmo ano, Kopke representou também a Escola no Congresso do *Royal Institut of Public Health de Londres* e Silva Teles apresentou uma comunicação no I Congresso Internacional do Paludismo, realizado

⁴²⁰ *Idem*, p. 357.

⁴²¹ Decreto-lei nº 26.180, de 7 de Janeiro de 1936. *Diário do Governo*, nº 5, de 7 de Janeiro de 1936, Série I, p. 12.

⁴²² *Ibidem*.

⁴²³ *Ibidem*.

em Roma. Em 1928, a Escola esteve presente em mais três eventos, dois deles foram realizadas em Paris, a 2ª Conferência Internacional Sobre a Doença do Sono e as Jornadas Médicas Coloniais, e o outro decorreu na cidade do Cairo, onde teve lugar o Congresso Internacional de Medicina Tropical e Higiene. Finalmente, em 1932, Ayres Kopke participou no Congresso Internacional de Higiene Mediterrânea, em Marselha.⁴²⁴ Simultaneamente voltou a ser publicado mais um número dos *Arquivos de Higiene e Patologias Exóticas* e ainda um opúsculo com o resumo dos trabalhos de investigação produzidos na Escola em 1932. Foram igualmente organizadas seis missões, embora dessas só duas estiveram relacionadas com a tripanossomiase. A Escola ainda se preparava para organizar outra missão quando foi extinta e deu lugar, em 1935, ao Instituto de Medicina Tropical.⁴²⁵

A mudança de regime não implicou qualquer alteração imediata na diplomacia portuguesa. O projecto colonial mantém-se como opção estratégica da política externa de Portugal, que, desde o final da Primeira Guerra Mundial, significava para os poderes públicos uma participação activa nos diversos órgãos da SdN.⁴²⁶ Inclusivamente, nesse mesmo ano é publicado o “Relatório Ross” na Comissão Temporária da Escravatura da SdN, onde constam diversos elementos que comprovam a persistência de regimes de trabalho forçado nas colónias portuguesas, uma série de acusações que conferem um relevo ainda maior, ao nível da política nacional, às actividades e propostas proferidas pela mencionada organização internacional.⁴²⁷ A Conferência Internacional sobre a Doença do Sono, realizada em 1925, sendo organizada sob os auspícios da SdN, prendeu definitivamente a atenção das autoridades do País. A participação neste evento político internacional constituía mais uma oportunidade para o novo governo se afirmar internamente, mas também de atenuar as repercussões que a nova investida dos “vigilantes do império” poderia causar na imagem da nação e na sua legitimidade para manter um tão vasto império. O facto da luta contra a doença do sono estar intimamente associada à assistência médica e à protecção aos indígenas terá sido um aspecto importante para a disposição revelada pelas novas autoridades portuguesas para cumprir a agenda sanitária e científica definida nessa reunião. O problema da doença do sono passou a figurar novamente como uma prioridade política da administração metropolitana e a nomeação de Ayres Kopke para representar Portugal na conferência mostrou-se decisiva para colocar a EMT no centro de diversas decisões políticas que se sucederam ao evento.

⁴²⁴ Amaral, Isabel. 2008. *Op. cit.* (51), pp. 318-319.

⁴²⁵ *Ibidem.*

⁴²⁶ Teixeira, Nuno Severiano. 2000. «A política externa da Primeira República - 1910-1926». In *A Primeira República Portuguesa. Entre o Liberalismo e o Autoritarismo*, coord. António Costa Pinto e Nuno Severiano Teixeira, Lisboa: Colibri, 2000, pp. 175-176.

⁴²⁷ Para uma análise do impacto do relatório “Ross” sobre as autoridades portuguesas ver Jerónimo, Miguel Bandeira, 2009. *Op. cit.* (93), pp. 212-249.

Esta conferência realizou-se com o objectivo de analisar as propostas que constavam no relatório publicado pela Comissão de Peritos da SdN, liderada por Andrew Balfour (1873-1931), e que tinha sido nomeada em 1922 pelo Comité de Higiene da referida sociedade, propondo-se fazer um retrato da situação da tuberculose e da doença do sono na África Equatorial.⁴²⁸ A comissão de peritos mencionara cinco questões para as quais a ciência ainda não tinha obtido resposta relativamente à doença do sono, nomeadamente:

1. Qual a natureza e os factores que determinavam a existência de certos casos de imunidade humana que tinham sido relatados?
2. Qual o valor comparativo, sob o ponto de vista profilático e curativo, dos diferentes agentes tripanocidas, qual a resistência dos parasitas a cada um deles e quais os meios de modificar essa resistência?
3. Qual o papel dos animais selvagens e domésticos como reservatórios de ambos os parasitas humanos – tripanossomas gambiense e rhodesiense?
4. Quais as relações que existiam entre os tripanossomas gambiense e rhodesiense?
5. Qual o valor da prova de precipitinas aplicada ao sangue contido no canal alimentar da mosca tsé-tsé?⁴²⁹

Os peritos da SdN propuseram que fosse organizada uma missão científica internacional, com o intuito de dar uma resposta cabal aos problemas científicos pendentes.⁴³⁰ Ficou estabelecido, nas recomendações finais da Conferência, que a missão ficaria com a responsabilidade de estudar as questões científicas que levantavam maiores dificuldades técnicas, as dos pontos 1, 3, 4 e 5, e aos laboratórios regionais existentes nas diferentes colónias caberiam os estudos sobre terapêutica aplicada, isto é, as questões referidas no ponto 2.⁴³¹ Uma outra questão central, largamente debatida na conferência, foi o problema da coordenação do combate à doença do sono nas regiões de fronteira dos diferentes territórios coloniais, assunto que acabou por dominar as recomendações de carácter administrativo produzidas na conferência.⁴³² Foi proposto aos governos que tomassem medidas de carácter administrativo para facilitar a acção dos médicos e a implementação de medidas profiláticas e de combate efectivo à doença. Desta reunião ainda saíram as seguintes propostas: que fossem organizados encontros intercoloniais regulares entre o pessoal médico e administrativo responsável pelo combate à doença nos diferentes Países; que cada estado desenvolvesse as suas próprias pesquisas sobre a frequência e

⁴²⁸ s/a. 1924. *Rapport Provisoire sur la Tuberculose et la Maladie du Sommeil en Afrique Équatoriale, présenté au Comité d'hygiène, le 26 mai 1923*. Genève: Société des Nations.

⁴²⁹ s/a. 1926. «Procès-verbaux de la Conférence internationale de la maladie du sommeil – réunie á Londres, au Ministère des Colonies, du 19 au 22 mai 1925». *Arquivos de Higiene e Patologia Exóticas*, vol. VIII, pp. 521-566, pp. 563-564.

⁴³⁰ *Idem*, p. 526.

⁴³¹ *Idem*, pp. 559-560.

⁴³² *Idem*, p. 526.

a distribuição das glossinas nos seus territórios; que efectuassem estudos sobre a migração e outros movimentos das populações indígenas ao longo das fronteiras; para se proceder à ocupação sanitária das regiões fronteiriças; que se atribuísse aos médicos poderes judiciais e se instituisse o passaporte sanitário; que se uniformizassem os dados estatísticos relativos à morbilidade e mortalidade da doença do sono; e que se promovessem as trocas de informação relativas às medidas implementadas e às estatísticas epidemiológicas.⁴³³

No relatório entregue ao Ministro das Colónias, Ayres Kopke fez um resumo dos trabalhos da conferência, onde constavam as principais preocupações da comunidade científica internacional, assim como as medidas preconizadas pelos diversos participantes para enfrentar o problema sanitário que constituía a doença do sono em vastas regiões de África. O relatório foi inicialmente publicado em 1925 no *Boletim Geral das Colónias*, um órgão de propaganda colonial criado pelas autoridades portuguesas para, inclusivamente, combater as acusações de que o País era alvo no estrangeiro. No ano seguinte, foi publicado de novo, a par da publicação das actas da conferência, nos *Arquivos de Higiene e Patologia Exóticas*.⁴³⁴ Esta presença num “grande palco” foi aproveitada por Ayres Kopke para se alargar em considerações sobre questões relativas à actividade da Escola e dos serviços de saúde das colónias.⁴³⁵ Aproveitou para lembrar que há muito que a Escola e ele próprio procuravam convencer as autoridades portuguesas a organizarem uma missão de estudo sobre a doença do sono em Moçambique, sem que tivesse obtido quaisquer resultados.⁴³⁶ Teceu ainda algumas críticas à acção dos médicos coloniais, nomeadamente, ao facto do prometido Instituto de Investigações Científicas de Angola, cuja criação tinha sido anunciada em 1923, não ter passado de uma “bela aspiração”. Constatou, também, que nem no laboratório há muito existente em Luanda se tinham realizado quaisquer estudos sobre as doenças causadas por protozoários ou sobre os vectores mais preponderantes na colónia.⁴³⁷ Terminou o relatório afirmando o quão imprescindível se tornava que os serviços de saúde de Angola, Moçambique e Guiné dessem início de imediato a todos os estudos e à implementação das medidas administrativas e de combate nas suas fronteiras, tal como preconizadas pela Conferência.⁴³⁸ Em sua opinião, estes empreendimentos deviam ser dirigidos pelos próprios médicos das colónias, pois a instrução especial que tinham recebido,

⁴³³ *Idem*, pp. 557-559.

⁴³⁴ Kopke, Ayres. 1925. «A Conferência Internacional sobre a Doença do Sono (Maio de 1925)». Relatório apresentado a Sua Ex.^a o Ministro das Colónias». *Boletim da Agência Geral das Colónias*, nº 5, pp. 68-95 e Kopke, Ayres. 1926. «A Conferência Internacional sobre a Doença do Sono (Maio de 1925)». Relatório apresentado a Sua Ex.^a o Ministro das Colónias. *Arquivos de Higiene e Patologia Exóticas*, vol. VII, pp. 501-519.

⁴³⁵ Kopke, Ayres. 1925. *Op. cit.* (434), pp. 69-70.

⁴³⁶ *Idem*, pp. 71-72.

⁴³⁷ *Idem*, pp. 81-82.

⁴³⁸ Kopke, Ayres. 1926. *Op. cit.* (434), p. 518.

pela sua frequência na EMT, lhes dava a habilitação necessária para cumprir a tarefa.⁴³⁹ Finalmente, deixou ainda alguns avisos, em tom de ameaça, às autoridades portuguesas sobre os riscos que Portugal continuaria a correr se não desse início imediato aos trabalhos preconizados pela conferência:⁴⁴⁰

Se agora nós não começarmos já esses trabalhos, arriscamo-nos a que, digo até mais, podemos ter a certeza de que esse facto será apontado pelas nações possuidoras das colónias limítrofes, cujos médicos e autoridades administrativas poderão, segundo recomendações da Conferência que possivelmente serão aceites pela Sociedade das Nações e pelos Governos, investigar quais os estudos e medidas de defesa que estejam sendo postos em prática nas nossas possessões vizinhas. (...) E a afirmação da nossa actividade neste sentido, posta a par da que tem sido desenvolvida e continuará a sê-lo pelas Nações colonizadoras nossas vizinhas, dar-nos-á o direito de não permitirmos que, em nome do humanitarismo e fundando-se na nossa inércia, peritos estrangeiros possam justificar a sua intervenção em estudos e medidas de saneamento das nossas colónias que deverão ser executados apenas por nós mesmos.

As movimentações internacionais acima mencionadas acabaram por representar um reforço da intervenção sanitária no âmbito do estudo e combate à doença do sono nas províncias de Angola, Moçambique e Guiné, passando a Escola a assumir um papel preponderante na estratégia política e diplomática do governo português.

Em 1927, Ayres Kopke foi autorizado a deslocar-se em missão à província de Moçambique, para estudar as relações existentes entre o *Tripanosoma gambiense*, o *Tripanosoma rhodesiense* e o *Tripanosoma brucei*.⁴⁴¹ O interesse científico da missão,⁴⁴² que era uma aspiração antiga de Ayres Kopke, reforçou-se pelo facto da investigação que se propunha executar ir ao encontro da agenda internacional, dado que Portugal e Espanha tinham sido identificados como os únicos Países que não tinham disponibilizado quaisquer informações sobre a situação da doença do sono nos seus territórios. A solicitação desses dados fez parte das recomendações finais da

⁴³⁹ *Ibidem*.

⁴⁴⁰ *Ibidem*.

⁴⁴¹ Entre as colónias portuguesas só em Moçambique estava confirmada a existência da doença devida à espécie rhodesiense. Em 1910 os investigadores britânicos John Stephens (1865-1946) e Herald Fantham (1876-1937) confirmaram a hipótese de que a doença do sono que se estava a disseminar na África oriental tinha como agente etiológico uma nova espécie de parasita - o *tripanosoma rhodesiense*. Este desenvolvimento científico “abriu” uma linha de inquérito que tendeu a acentuar as diferenças morfológicas entre as duas espécies de parasitas responsáveis pela doença do sono no homem. Os estudos posteriores demonstraram que as diferenças não eram tão evidentes como numa primeira fase se tinha pressuposto. Era este o estado da questão quando Kopke propôs organizar a missão em 1927. Kopke, Ayres. 1928. «Estudos executados pela missão médica em Moçambique». *A Medicina Contemporânea*, ano XLVI, nº 28-31, 33, p. 224.

⁴⁴² Segundo o próprio, a organização desta missão era uma aspiração antiga da Escola, que remontava ao ano de 1923, quando, no congresso médico de Luanda, este fez essa mesma proposta ao chefe dos serviços de saúde da província de Moçambique

conferência.⁴⁴³ A questão científica proposta também constou na lista dos problemas técnico-científicos elaborada pelos peritos da SdN. Finalmente, a intensificação do estudo e da luta contra a doença do sono nas regiões fronteiriças, onde a doença se manifestava, foi uma das principais preocupações revelada pelos delegados dos governos das diversas nações coloniais presentes na conferência. A organização desta missão científica foi a forma de Portugal assinalar que estava comprometido, de um modo geral, com o desígnio da ocupação sanitária dos seus territórios fronteiriços e com o desenvolvimento das populações indígenas.

A missão de Moçambique, liderada por Ayres Kopke, foi ainda constituída por Aníbal Magalhães, do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, e dois médicos da província de Moçambique, Luís Fontoura de Sequeira e José Saraiva de Aguiar. Os investigadores percorreram sobretudo os territórios da zona oeste da Companhia do Niassa, onde analisaram diversos indivíduos e animais, recolheram preparações de sangue e ainda diversos insectos hematófagos. Mais tarde todo o material foi analisado no laboratório central da missão em Lourenço Marques e, posteriormente, nas instalações da EMT em Lisboa.⁴⁴⁴ À chegada a Moçambique, tanto o director dos Serviços de Veterinária, como o chefe dos Serviços de Saúde, chamaram a atenção de Ayres Kopke para o facto, cientificamente relevante, de terem sido reportadas tripanossomíases animais no Sul da província, em regiões onde não existia a presença de glossinas.⁴⁴⁵ Esta informação prendeu imediatamente a atenção do chefe da missão, que acabou por alterar os seus planos e encetar esforços no sentido de clarificar a situação. Para esse efeito, a missão recebeu a colaboração dos serviços de veterinária da província de Moçambique e, em especial, do médico veterinário António Ayres (n. 1892), que acompanhou Kopke nas suas prospecções pelas regiões mais a Sul da província.⁴⁴⁶ Os resultados confirmaram aquilo que tinha sido comunicado ao chefe da missão, ou seja, a presença de várias espécies de tripanossomas, das quais duas - o *Trypanosoma congolense* e o *Trypanosoma vivax* - eram patogénicas, e uma completa ausência de glossinas nesses territórios. Para além do conhecimento mais preciso sobre a distribuição da doença do sono e das diferentes espécies de glossinas em Moçambique, os resultados permitiram avançar duas hipóteses: ou ambos os tripanossomas se tinham adaptado e passado a fazer a sua evolução noutras moscas hematófagas – dada a longa persistência da enzootia em regiões onde não se encontrou a tsé-tsé – ou os tripanossomas encontrados nos distritos de Lourenço Marques e Inhambane eram de outras espécies de flagelados, que, possivelmente, tinham a capacidade para se apresentar sob formas várias, acontecendo que, por vezes, se assemelhavam às morfologias do *T. congolense* e do *T.*

⁴⁴³ Kopke, Ayres. 1926. *Op. cit.* (434), p. 513.

⁴⁴⁴ Kopke, Ayres. 1928. *Op. cit.* (441), pp. 229-234.

⁴⁴⁵ *Idem*, p. 235.

⁴⁴⁶ *Idem*, p. 235-236.

vivax.⁴⁴⁷ A missão acabou, desta forma, por dar relevo a um problema, simultaneamente, científico, de saúde pública, pecuário, político e económico, cuja solução passava, na óptica da Escola, por reforçar o investimento na ciência e prosseguir os estudos no sentido de aprofundar este e outros assuntos relacionados.



Figura 4.1. Doente acompanhado pela missão da EMT enviada a Moçambique em 1928.⁴⁴⁸

Ayres Kopke, antes de regressar ao continente, recebeu instruções das autoridades coloniais no sentido de elaborar um programa de pesquisas para a província de Moçambique.⁴⁴⁹ O plano de trabalhos apresentado incluiu diversas sugestões de âmbito administrativo e profilático e ainda recomendações muito precisas sobre os objectivos e sobre a metodologia de trabalho que deveriam ser adoptadas.⁴⁵⁰ Kopke propôs ainda que as futuras investigações sobre a doença do sono prosseguissem dentro da linha de investigação já iniciada pela missão. A sua principal preocupação foi alargar a área de prospecção percorrida pelos médicos, por um lado, para identificar com maior precisão os focos endémicos da doença do sono em humanos e, por outro, para elaborar os mapas de distribuição geográfica das diferentes espécies de tripanossomas e

⁴⁴⁷ *Idem*, p. 240-241.

⁴⁴⁸ Kopke, Ayres. 1928. «Relatório sobre a Doença do sono em Moçambique». In *Boletim Geral das Colónias*, Vol. IV, nº 37, 1928, p. 89

⁴⁴⁹ Kopke, Ayres. 1928. *Op. cit.* (441), p. 241.

⁴⁵⁰ Kopke, Ayres. 1930. *Investigation on Human Trypanosomiasis in Mozambique. Report submitted to the 2 International Conference on sleeping-sickness (Paris, November 5th to 7th, 1928)*. Geneva: League of Nations Publications.

glossinas existentes na região Norte da província. Para as regiões mais a Sul recomendou que fossem estudadas as diferentes espécies de insectos hematófagos.⁴⁵¹ Antes ainda de abandonar a província, Kopke foi convidado a assistir a uma reunião da direcção dos serviços de saúde e higiene de Moçambique, em 2 de Fevereiro de 1928. Nesta sessão apresentou uma outra proposta, no sentido de transformar o Laboratório Central da província num Instituto de Investigações Médicas, com o intuito de proporcionar a Moçambique uma estrutura capaz de produzir investigação médico-científica mais sofisticada, nomeadamente através da articulação entre diferentes especialistas, médicos e médico-veterinários.⁴⁵² A criação do Instituto tinha ainda como objectivo adicional de aumentar a presença dos médicos de Moçambique na comunidade científica internacional.⁴⁵³

No plano confiado pelas autoridades da província a Ayres Kopke, este recuperou algumas propostas que, sob a influência da Escola, tinham já presidido à organização do estudo e combate à doença do sono em Angola e São Tomé e Príncipe, no período que correspondeu à primeira década da sua actividade científica. Kopke propôs um modelo de organização que colocou o laboratório no centro de toda a actividade sanitária, embora, neste caso, tenha ido mais longe ao propor a criação do referido centro de investigação científica. Tal como sucedera nas outras missões organizadas pela Escola, sugeriu que todas as informações e material recolhido pelos médicos e médicos veterinários fossem enviados para os Laboratórios Central do Hospital Miguel Bombarda, em Lourenço Marques, onde aí todo o material proveniente dos diferentes locais seria organizado e as pesquisas aprofundadas. Também recomendou que o director do laboratório central fosse nomeado responsável pelo sistema de estudo e combate à doença do sono que viesse a ser implementado em Moçambique, de acordo com o modelo utilizado no passado no sentido de organizar para Angola e S. Tomé e Príncipe.⁴⁵⁴ Mais de uma década passada, a visão da Escola em termos de organização do estudo e do combate à doença do sono, mantinha-se praticamente inalterada. Finalmente, importa destacar, que tanto as metodologias de investigação, como as medidas profiláticas mencionadas no plano, se encontravam descritas de forma extremamente minuciosa. Também nesta matéria a Escola conservou os seus traços identitários, isto é, a sua postura autoritária e dirigista. No início do ano seguinte, o Governador-geral de Moçambique, José Pereira Cabral (1879-1956), publicou o Diploma Legislativo nº 127, de 12 de Janeiro de 1929, que organizou os serviços de estudo e combate à doença do sono e que determinou, como recomendou Ayres Kopke, que ficassem sob

⁴⁵¹ Kopke, Ayres. 1928. *Op. cit.* (441), p. 243.

⁴⁵² *Idem*, p. 251.

⁴⁵³ *Idem*, p. 251-252.

⁴⁵⁴ *Idem*, p. 243.

superintendência do director do Laboratório Bacteriológico de Lourenço Marques.⁴⁵⁵ A Escola assumiu, portanto, um protagonismo súbito no panorama médico e sanitário de Moçambique.

Na Guiné, contrariamente aos outros casos, a doença do sono não recebeu muita atenção, quer das autoridades sanitárias metropolitanas, quer das autoridades locais, ao longo do primeiro quartel do século XX, não obstante o facto de a doença marcar presença nos seus registos oficiais nesse período.⁴⁵⁶ Como é que se explica essa diferença na orientação da política sanitária dos serviços de saúde de Angola, Moçambique e S. Tomé e Príncipe em comparação com os da Guiné? Vários aspectos têm de ser tidos em consideração. Até aos anos 20, era praticamente nula a ocupação efectiva do território. Eram também quase inexistentes as acções do tipo “civilizador” que, por esta altura, já marcavam alguma presença nas outras colónias, tais como o desenvolvimento dos transportes e das vias de comunicação, os estabelecimentos de ensino, as missões religiosas e os serviços de saúde.⁴⁵⁷ Contudo, a falta de relevância da doença do sono no quadro nosológico da Guiné terá sido o factor mais preponderante e que melhor explica esta opção. O número de casos registados de tripanossomiase, embora regular, foi sempre muito reduzido.

No dia 25 de Fevereiro de 1926 reuniu o Conselho de Saúde e Higiene Públicas da colónia da Guiné a fim de reflectir sobre a problemática da doença do sono. Concorreu para a inclusão desta patologia na sua agenda, a diligência efectuada pelo governo central a exigir que as autoridades da Guiné procedessem imediatamente à organização do estudo e do combate à referida doença, em conformidade com o disposto pela Conferência Internacional sobre a Doença do Sono. Na supracitada reunião foi votada e aprovada por unanimidade uma proposta apresentada pelo director do Laboratório Central de Análises do Hospital Civil e Militar de Bolama, o médico João Vicente Santana Barreto. Esta consistia na organização de uma missão de estudo, composta por pessoal dos serviços de saúde locais que seria dirigida pelo director do laboratório de Bolama. Os médicos da província da Guiné davam, desta forma, seguimento às instruções vindas da metrópole. Até essa data, a presença da doença no território não estava confirmada, como foi referido anteriormente, fosse na sua forma endémica ou epidémica. Por esse motivo, os médicos presentes na citada reunião recusaram-se a delinear um plano de combate, como constava no ofício do governo central, salvaguardando que “a missão de estudos

⁴⁵⁵ Diploma legislativo nº 127 de 12 de Janeiro de 1929. *Boletim Oficial da Colónia de Moçambique*, nº 2, Série I, de 12 de Janeiro de 1929, pp. 13-15.

⁴⁵⁶ Ferreira, F. Cruz. 1960. «História da doença do sono na Guiné portuguesa, III. período de 1901 a 1926». *Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*, vol. XV, nº 58, pp. 325-357.

⁴⁵⁷ Reis, Célia. 2001. «Guiné». In *O Império Africano (1890-1930)*, coord. A. Oliveira Marques, vol. XI, Lisboa: Editorial Estampa, pp. 165-168.

proposta outro fim não tem em vista senão proceder a uma tal averiguação, e das respectivas medidas de combate só terá que se ocupar se realmente concluir pela sua existência.”⁴⁵⁸

Os médicos da Guiné mostraram-se preocupados com a leitura que tanto a população local como os agentes económicos iriam fazer das instruções provenientes da metrópole. No entanto, os danos que essa informação poderia causar na sua própria probidade profissional e científica também não terão sido alheios a essa reacção. Santana Barreto tinha publicado um artigo uns meses antes destes acontecimentos onde afirmara a inexistência de casos de tripanossomíases na Guiné.⁴⁵⁹ Assim, para contrariar os efeitos negativos desta situação, as autoridades sanitárias da Guiné chamaram a atenção para a falta de conhecimento acerca da realidade local revelada tanto pelas autoridades sanitárias da metrópole, como pelos conferencistas que tinham reunido em Londres. Os médicos da Guiné socorreram-se assim da sua proximidade com o meio e pelo facto de manterem um contacto regular com as doenças para conferir legitimidade à sua posição.⁴⁶⁰ No entanto, Santana Barreto não deixou de constatar que a presença de glossinas no território conferia condições de propagação da doença e que os riscos de contaminação tinham aumentado com o restabelecimento recente das comunicações marítimas entre a Guiné e certos portos de regiões endémicas.⁴⁶¹ Inclusivamente, a importação da doença era a hipótese mais lógica, segundo o médico, para explicar um caso muito recentemente diagnosticado de hipnose em Bolama. Na sua perspectiva esses eram motivos suficientes e que justificavam o empenho manifestado pela Repartição Técnica de Saúde do MC.⁴⁶² Foi notório, todavia, o desconforto que esta diligência dos serviços do governo central provocou junto das autoridades sanitárias locais.

A missão foi criada pelo Diploma Legislativo nº 308, de 16 de Abril de 1926, que nomeou para chefe da missão Santana Barreto e o médico auxiliar Fernando Sousa Noronha, seu coadjutor.⁴⁶³ Esta percorreu o interior da província e em 1928 apresentou o seu relatório ao governador, onde concluiu que existiam glossinas em todo o território e que a tripanossomíase existia entre os nativos da Guiné, embora de uma forma circunscrita num conjunto de focos endémicos. O estudo demonstrou que só em algumas localidades se encontravam focos da doença, não

⁴⁵⁸ Acta nº 2, de 25 de Fevereiro de 1926, da Sessão ordinária do Conselho de Saúde e Higiene Publicas da Província da Guiné, p 3. AHU: 3467 | 1A | MU | DGAPC | mc | 1920-1926 | Boletim de Saúde e Actas do Conselho de Saúde | GUI |

⁴⁵⁹ Retirado dos excertos do relatório publicados no Boletim da Agência Geral das Colónias, Barreto, J. Santana. 1925. «Climatologia e nosografia da Guiné Portuguesa». *Boletim da Agência Geral das Colónias*, nº 5, p. 232.

⁴⁶⁰ Barreto, J. Santana. 1926. «Doença do sono da Guiné Portuguesa». *Boletim da Agência Geral das Colónias*, Nº 11, pp. 61-62.

⁴⁶¹ *Idem*, pp. 63-64.

⁴⁶² *Idem*, p. 62.

⁴⁶³ Diploma nº 308, de 16 de Abril de 1926. *Boletim Oficial da Província da Guiné*, nº 17, de 24 de Abril de 1926, pp. 233-234.

correspondendo a sua distribuição com a das glossinas.⁴⁶⁴ Os resultados da missão não eram lisonjeiros para os médicos que se encontravam ao serviço na colónia. Por conseguinte, provocou reacções negativas. O médico José Vitorino Pinto, que tinha sido o responsável pelo laboratório da província entre 1917 e 1920, foi um dos que se manifestou criticamente. Na sua opinião, a missão não tinha produzido elementos de prova suficientes que permitissem concluir que a doença do sono existia endemicamente entre os indígenas da Guiné, faltando pesquisas experimentais que secundassem as suas conclusões.⁴⁶⁵ As críticas de Vitorino Pinto incidiram igualmente no número reduzido de casos em que tinham sido detectados tripanossomas no sangue de indivíduos através de análises laboratoriais.⁴⁶⁶ A sua maior crítica, todavia, concentrou-se na falta de rigor na análise dos resultados, o que impediu que as conclusões da missão fossem fidedignas. Na sua óptica, a observação dos parasitas no sangue não era condição suficiente para, só por si, determinar que se estava perante casos de doença do sono. O seu argumento baseou-se no facto de existirem espécies de tripanossomas morfológicamente semelhantes mas cuja evolução nos organismos dos hospedeiros diferia, em certos casos a sua acção nem sequer era patogénica.⁴⁶⁷ Daí concluiu que só se podiam fazer afirmações tão categóricas em assuntos de tão “alta responsabilidade” quando estas assentavam em investigações mais aprofundadas, a saber, após a observação da evolução clínica dos animais inoculados com os parasitas.⁴⁶⁸ Para Vitorino Pinto a questão continuava em aberto, “continuamos à espera da resolução deste problema, cuja incógnita ainda se mantém.”⁴⁶⁹

A diferença de opinião manifestada por ambos os médicos da Guiné foi aproveitada pela EMT para se intrometer no problema científico que resultou deste desentendimento. Em Março de 1932 a Escola enviou um ofício ao Director Geral dos Serviços Centrais do MC propondo a organização de uma missão para estudar a doença do sono na colónia da Guiné.⁴⁷⁰ Ayres Kopke, então director da Escola, justificou o seu pedido com o argumento de que uma missão desta natureza seria fundamental, pedagógica e cientificamente, para a instituição e afirmou que só desta forma, com a manutenção de uma actividade científica regular, se poderia manter o “bom nome” e prestígio do estabelecimento que dirigia.⁴⁷¹ Ainda invocou o decreto nº 17.617 publicado em 1929, que determinava a organização de missões de estudo às colónias durante o

⁴⁶⁴ Barreto, J. Santana. 1928. *Sobre a doença do sono na colónia da Guiné: relatório apresentado em 1927 à direcção de serviços de saúde e higiene*. Bolama: Imprensa Nacional da Guiné.

⁴⁶⁵ Pinto, J. Vitorino. 1929. «Algumas notas sobre a nosologia da Guiné». *Boletim da Agência Geral das Colónias*, nº 44, p. 95.

⁴⁶⁶ *Idem*, p. 97.

⁴⁶⁷ *Idem*, pp. 93-94.

⁴⁶⁸ *Idem*, p. 95.

⁴⁶⁹ *Idem*, p. 98.

⁴⁷⁰ Ofício nº 25, de 14 de Março de 1932, da Escola de Medicina Tropical dirigido ao Director Geral dos Serviços Centrais do Ministério das Colónias. AHU: 39 | 1B | MU | DGAPC | mç | 1928-1938 | Sanidade Marítima, Hosp. Colonial, Soc. Das Nações | GUI MOÇ |

⁴⁷¹ *Ibidem*.

interregno escolar. O decreto, que revelou uma nova sensibilidade das autoridades metropolitanas para as questões solicitadas pela Escola, reorganizou a sua componente lectiva, pondo fim ao regime de dois cursos anuais e concentrado o período de ensino num único curso com a duração de 6 meses, alargando, deste modo, o intervalo de tempo disponível para os professores se deslocarem aos territórios ultramarinos.⁴⁷² Os esforços que desde há muito os dirigentes da Escola despendiam a reclamar, junto dos órgãos do MC, melhores condições para a prática científica encontravam agora, no seu principal interlocutor, uma audiência mais receptiva.

O nome proposto pelo Conselho Escolar da EMT para chefiar a missão foi Fontoura de Sequeira, professor auxiliar da instituição,⁴⁷³ que tinha colaborado com Ayres Kopke na missão em Moçambique. Fontoura de Sequeira apresentou um plano de estudos no qual constavam as seguintes pesquisas a realizar no território da província da Guiné: distribuição das tripanossomíases humanas, distribuição das tripanossomíases dos animais domésticos e selvagens, classificação taxonómica e distribuição das glossinas e avaliação da infecciosidade dos insectos transmissores da doença do sono.⁴⁷⁴ Em Abril de 1932 Fontoura de Sequeira e os restantes membros da missão chegaram à Guiné e, após um breve período de observações registadas em Bolama, deslocaram-se à circunscrição de Buba, onde tinha sido diagnosticado um dos casos de doença do sono referidos pela missão de Santana Barreto. Aí instalaram o laboratório da missão. Mais tarde, por dificuldades logísticas, o equipamento foi transferido para a cidade de Bissau.⁴⁷⁵ No final, tinham percorrido dezenas de povoações locais. Quanto aos seus resultados, a missão encontrou diversas espécies de glossinas e tripanossomas que afectavam os animais domésticos e selvagens. Diagnosticou 18 casos de tripanossomíase através de exames laboratoriais - um número reduzido, ainda assim relevante para concluir que a hipnose existia na colónia, sob a forma de uma endemia ligeira, dispersa irregularmente pelo território e com um carácter relativamente benigno.⁴⁷⁶ Ao observarem algumas situações que, à falta de melhor explicação, foram interpretadas como sendo casos de cura espontânea, os médicos da missão colocaram a hipótese de que a doença do sono na Guiné não vitimava todas as pessoas por ela infectadas.⁴⁷⁷ A missão regressou a Lisboa acompanhada de 3 doentes com tripanossomíase e de um conjunto de animais inoculados com diferentes espécies de tripanossomas, onde prosseguiram com algumas investigações de carácter mais experimental.

⁴⁷² Decreto nº 17.617, de 13 de Novembro de 1929. *Diário do Governo*, nº 263, de 15 de Novembro de 1929, Série I, p. 2355.

⁴⁷³ Azevedo, Fraga. s/d. *Op. cit.* (250), p. 90.

⁴⁷⁴ Ofício de 23 de Fevereiro de 1932, de Fontoura de Sequeira dirigido a Ayres Kopke, p. 1. AHU: 39 | 1B | MU | DGAPC | mç | 1928-1938 | Sanidade Marítima, Hosp. Colonial, Soc. Das Nações | GUI MOÇ |

⁴⁷⁵ Sequeira, L. Fontoura. 1935. «Relatório da Missão Médica à Colónia da Guiné em 1932». In *Trabalhos de investigação científica realizados em 1932*, s/a, Lisboa: Ministério das Colónias, pp. 11-12.

⁴⁷⁶ *Idem*, pp. 34-35.

⁴⁷⁷ *Idem*, p. 25.

Os resultados dessas pesquisas executadas no HC acabaram por confirmar o que parecia ser uma característica específica da doença do sono na colónia da Guiné, isto é, o seu carácter benigno.⁴⁷⁸ Esses dados, segundo o chefe da missão, tornavam a Guiné num interessante campo de estudos científicos. Fontoura de Sequeira avançou algumas hipóteses com o objectivo de explicar a situação encontrada - a benignidade poderia estar relacionada com a antiguidade da doença no território da Guiné, o que teria permitido que os indígenas adquirissem imunidade à patologia, ou, em alternativa, poderia ser explicada com o facto da “virulência” dos parasitas da região se encontrar diminuída.⁴⁷⁹

O chefe da missão, antes de se retirar do território, enviou um ofício ao Encarregado do Governo da Guiné onde enumerou as medidas sanitárias indicadas para combate à doença na província.⁴⁸⁰ Não obstante ter referido que as medidas nada tinham de peculiar, que bastava seguir as regras gerais de profilaxia recomendadas para hipnose, tendo em atenção as particularidades locais, Fontoura de Sequeira não se absteve de descrever um conjunto de medidas administrativas e sanitárias que, a seu ver, deveriam ser seguidas e implementadas pelos médicos locais. A minúcia com que descreveu todo o seu plano, tal como sucedera com Ayres Kopke em Moçambique, indicia a desconfiança que o professor da Escola tinha relativamente à competência das autoridades locais. Alguns comentários adicionais, produzidos pelo chefe da missão, confirmaram isso mesmo, nomeadamente quando concluiu que sem uma intervenção proveniente do exterior o problema dificilmente seria resolvido.⁴⁸¹ A sua afirmação contrastou com a posição dos médicos das colónias, pois estes consideravam que por actuarem no terreno, por manterem um contacto próximo e regular com as doenças, por poderem observar demoradamente as patologias na sua envolvente natural e humana, tinham vantagem sobre os médicos da metrópole. Fontoura, por seu turno, apresentou novos argumentos a favor de um maior distanciamento do investigador ao meio local. Na sua perspectiva, para resolver o problema científico que se manifestara na Guiné, tinha sido fundamental manter-se afastado dos conflitos que, alegadamente absorviam a comunidade médica local: “...sem a interferência de elementos estranhos ao meio da Guiné, sem o auxílio de pessoas que nada tivessem com a mesquinhez dos interesses locais, não seria possível, actualmente, haver mais qualquer tentativa no sentido de se resolver o problema.”⁴⁸² O discurso de Fontoura de Sequeira procurava introduzir alterações na forma como a classe médica colonial encarava os técnicos da metrópole, nomeadamente, quando realçou que a (equi)distância dos investigadores da Escola dos problemas coloniais lhes podia conferir um importante papel moderador e regulador.

⁴⁷⁸ *Idem*, p. 26.

⁴⁷⁹ *Idem*, pp. 35-36.

⁴⁸⁰ *Idem*, pp. 13-18.

⁴⁸¹ *Idem*, p. 11.

⁴⁸² *Ibidem*.

Demonstrava assim uma grande sintonia com as aspirações das novas autoridades nacionais, que procuravam reforçar as funções de superintendência dos órgãos da metrópole.

Entretanto em Angola a situação relativa ao estudo e ao combate à doença do sono evoluiu de forma distinta e a natureza da intervenção da Escola foi também diferente. Em 1926, por proposta do novo Alto-comissário António Vicente Ferreira (1874-1953), Damas Mora regressou à colónia com o propósito de fazer uma inspecção aos Serviços de Saúde de Angola e assim preparar a entrada numa fase de expansão da AMI.⁴⁸³ No decurso desse ano Vicente Ferreira publicou dois diplomas legais que instituíram um serviço permanente de assistência médica ao indígena e do combate à doença do sono nas regiões da colónia abrangidas pela presença de glossinas. O Diploma Legislativo do Alto Comissariado nº 452, de 20 de Novembro de 1926, criou um fundo especial, denominado «Fundo de Assistência aos Indígenas», destinado a custear diversas despesas de assistência e colonização indígena, a ser administrada por uma Comissão presidida pelo Alto-comissário da República, ou pelo Governador-geral, com as atribuições definidas por este diploma. O objectivo do Fundo ficou definido no seu artigo 1º custear particularmente as despesas do combate à doença do sono e dos serviços de assistência médica e profilática aos indígenas.⁴⁸⁴ A Comissão de Assistência ao Indígena, criada para gerir o referido fundo, deu expressão a outra aspiração dos médicos da província, a de garantir uma ampla autonomia administrativa à sua acção. Em seguida, foi publicado o diploma legislativo nº 463 com o propósito de estabelecer a AMI, criando quatro Zonas Sanitárias: do Congo-Zaire, do Cuanza, da Lunda e de Benguela, cada uma delas dividida em sectores.⁴⁸⁵ O novo edifício sanitário, que começara a ser concebido por Damas Mora em 1921, saiu reforçado com a experiência acumulada através da realização de missões de estudo e de combate à doença do sono, sobretudo pelo exemplo dado e pelo conhecimento exposto por Carlos Almeida. A legislação procurou também dar cumprimento às instruções emanadas da Conferência Internacional sobre a Doença do Sono de Londres, nomeadamente, com o intuito de intensificar o combate à doença na região Norte da província, na fronteira com o Congo Belga.⁴⁸⁶ Em 1928, Damas Mora voltou a retirar ilações a partir da experiência acumulada no terreno, propondo alterações à estrutura edificada no sentido de agilizar e intensificar a cobertura sanitária de toda a região Norte de Angola. Nas Zonas Sanitárias mais infectadas foi apertada a malha da cobertura sanitária, sobretudo nas territorialmente mais extensas e nas regiões onde não se tinha

⁴⁸³ Portaria de 19 de Agosto de 1926. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 42, de 16 de Outubro de 1926, Série II, p. 688.

⁴⁸⁴ Diploma Legislativo nº 452, de 20 de Novembro de 1926. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 44, de 20 de Novembro de 1926, Série I, pp. 604-607.

⁴⁸⁵ Diploma Legislativo do Alto Comissariado nº 463 de 9 de Dezembro de 1926. *Op. cit.* (361), pp. 647-652.

⁴⁸⁶ Mora, A. Damas. 1928. «Os serviços de Saúde em Angola e a Obra de Assistência Médica aos Indígenas». *Boletim da Assistência Médica aos Indígenas e da Luta Contra a Moléstia do Sono*, vol. II, nº 9, p. 92.

conseguido ainda efectuar qualquer tipo de intervenção. Fez-se ainda o desdobramento e a autonomização de alguns sectores sanitários, previu-se a desaceleração do desenvolvimento dos sectores nas regiões de menor endemicidade e foram criadas missões volantes, para permitir que se percorressem territórios onde não era possível estabelecer, no imediato, estruturas mais permanentes.⁴⁸⁷ Para dar alguma orientação ao processo de alargamento dos serviços, Damas Mora elegeu a organização sanitária do Cuanza Norte a fim de servir de exemplo ao desenvolvimento de todos as outras, pelo facto de esta ter atingido “o máximo da eficiência no que respeita às relações entre médico e indígena”.⁴⁸⁸

A AMI desenvolveu-se aceleradamente entre 1926 e 1928.⁴⁸⁹ Segundo Damas Mora os tratamentos e as consultas ultrapassaram as cinco centenas de milhar, as aplicações preventivas, vacinações antivariólicas e atoxilizações, ascendiam também às centenas de milhar. Foram construídas instalações e efectuaram-se obras de saneamento, desde a construção de fossas à desarborização de dezenas de quilómetros infestados de glossinas. Do ponto de vista da investigação científica foram elaboradas algumas dezenas de memórias, assinalando a contribuição do corpo clínico da colónia para o avanço do conhecimento. Paralelamente foi alargado o reconhecimento nosográfico da doença do sono e as missões volantes, que percorreram milhares de quilómetros, atraíram o indígena através de acções de propaganda, “realizados em plena intimidade da vida da população autóctone”.⁴⁹⁰ Para além do crescimento quantitativo, Damas Mora demonstrou satisfação com a evolução qualitativa dos serviços a seu cargo, nomeadamente, com a edificação de um serviço sanitário capaz de oferecer uma assistência integral ao indígena. Uma organização que acabou por ser denominada por “Método Português de Profilaxia da Tripanossomíase” e que consistiu na atoxilização em massa da população, na criação de um serviço médico com uma grande cobertura territorial e que, secundado pela pesquisa científica, alargou o combate ao maior número de patologias possível, não se concentrando exclusivamente no problema da doença do sono.⁴⁹¹

A nova organização sanitária acabou por se tornar numa peça fundamental da valorização social e científica da classe médica de Angola. O prestígio adquirido por Damas Mora extravasou as fronteiras nacionais, em particular, quando, ainda em 1926, lhe foi dirigido o convite para participar na visita sanitária organizada pela SdN, com o objectivo de avaliar o estado da

⁴⁸⁷ Diploma Legislativo nº 744, de 4 de Março de 1928. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 12, de 24 de Março de 1928, Série I, pp. 112-115.

⁴⁸⁸ Mora, A. Damas. 1928. *Op. cit.* (486), p. 92.

⁴⁸⁹ Mora, A. Damas. 1934. *Relatório da Direcção dos Serviços de Saúde e Higiene de Angola. Nº II. A luta contra a Moléstia do Sono em Angola (1921-1934)*. Luanda: Serviço de Saúde e Higiene de Angola.

⁴⁹⁰ s/a. 1928. «A nova fase do “Boletim”». *Boletim da Assistência Médica aos Indígenas e da Luta contra a Moléstia do Sono*, vol. II, nº 9, p. 117.

⁴⁹¹ *Idem*, p. 233.

assistência médica aos indígenas nas colónias francesas, inglesas, belgas e portuguesas da África Equatorial.⁴⁹² Nesse ano participou também nas *Journée Médicale de Bruxelles*, a convite do governo Belga.⁴⁹³ Em 1928, diversos médicos de Angola apresentaram os resultados da sua actividade no Congresso de Medicina Tropical do Cairo.⁴⁹⁴ Por outro lado, os médicos viram o seu prestígio elevar-se junto da comunidade de colonos de Angola. O principal periódico de Luanda, *A Província de Angola*, que a partir de 1926 acompanhou a evolução do serviço de assistência ao indígena, não só produziu entrevistas regulares com os seus principais intervenientes, como publicou inúmeros resumos dos relatórios da sua actividade sanitária⁴⁹⁵ e fez referência aos elogios que diversas personalidades da classe médica metropolitana e internacional proferiram em relação à qualidade dos serviços de assistência da colónia, das quais se destacaram, pela relevância que lhes foram conferidas em diversos fóruns de propaganda colonial, as palavras proferidas por Giovanni Trolli (1883-1963), responsável pelos serviços de saúde do Congo Belga.⁴⁹⁶

⁴⁹² Mora, A. Damas. 1930. «O estado actual da assistência médica aos indígenas na colónia de Angola e outras colónias estrangeiras do grupo da África intertropical» *Actas das Sessões e Teses do III Congresso Colonial Nacional*, Lisboa: Tipografia e Papelaria Carmona.

⁴⁹³ A apresentação de Damas Mora nas Jornadas Médicas de Bruxelas foi publicada em Mora, A. Damas. 1928. «L'Assistance Médicale Indigène». *Boletim da Assistência Médica aos Indígenas e da Luta contra a Moléstia do Sono*, vol. II, nº 1-8, pp. 1-13.

⁴⁹⁴ s/a. 1929. *Comptes Rendu du Congrès International de Médecine Tropicale et d'Hygiène, Le Caire, Egypte, Décembre, 1928. Haut Patronage de sa Majesté le Roi Fouad I*. Tomo I, Caire: Imprimerie Nationale.

⁴⁹⁵ A título de exemplo consultar as entrevistas concedidas por dois médicos de Angola em *A Província de Angola*, 13 de Dezembro de 1927, p. 1 e *A Província de Angola*, 15 de Novembro de 1927, p. 1.

⁴⁹⁶ s/a. 1928. «A Assistência Médica aos Indígenas em Angola - um testemunho de alto valor». *A Província de Angola*, 30 de Outubro, p. 1.

A PROVÍNCIA DE ANGOLA

«A vida, para ser suportável, precisa de um pouco de absurdo.»

CLEMENCEAU

DIÁRIO DA TARDE

ÓRGÃO DOS INTERESSES ECONÓMICOS DA COLÓNIA NACIONAL

DIRECTOR: **Antonio Joaquim Alfaro**

Licenciado em Direito pela Universidade de Lisboa

REDACTOR PRINCIPAL: **ADOLFO PINA**

SECRETARIO DA REDACÇÃO: **Gonzaga Martins**

REDACTOR EM LISBOA: **J. Almoso Moreira**

REDACÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E SEDE: Rua Salvador Correia, 51 e 53

PROPRIEDADE DA EMPRESA GRÁFICA DE ANGOLA

TELEGRAMAS—PROANGOLA—C. P. N.º 10—TELEPHONE N.º 20

1926

LUANDA

Terça-feira

30

OCTUBRO

Ano VI — N.º 906

Sabac

Página 29

(Número de 6)



O telegrama de ontem deu-nos a agradável notícia da inauguração do Banco do Comércio e Ultramar, na substituição do qual entram algumas das mais importantes firmas angolanas. O novo Banco abrirá filiais e agências na Colónia, segundo estamos informados, e será mais um elemento de crédito, criador de produção e de expansão de negócios. Felicitamos os seus fundadores, entre os quais avulta, como principal elemento para a sua realização, o nosso querido amigo sr. Bernardino Corrêa, que se tem afirmado como um dos coloniais de maior envergadura dos últimos tempos e cuja acção no fomento da Colónia, pela grandeza das suas concepções e execução, o eleva a um lugar preponderante no conjunto das actividades que se estão desenvolvendo em Angola. Ao Banco do Comércio e Ultramar desejamos os maiores prosperidades.

Deram-nos a honra da sua visita os Ex.ªs Srs. John W. Bailey Jr. e Arthur Frederick Tower, ilustres vice-conselheiros dos E. U. A. o primeiro tendo vindo apresentar-nos as suas despedidas e o segundo as suas cumprimentações. Agradecemos a gentileza. (1) Ex.ª Sr. Arthur Frederick Tower foi ontem recebido por S. Ex.ª e Alto Comissário.

O censorador Carvalho Américo, saiu esta noite para o Lobito.

As minas do Rand estão preparando a abertura de um-de-lazerem os transportes do ouro pelo ar através dos portos de embarque, como medida económica.

Um dos muitos excêntricos que residem em ganhar a vida fazendo a volta ao mundo, é o sr. Antonio Houghton, italiano de origem, possuidor de umas barbas babilónicas e de uma cabeleira que parece reclamar a um remédio contra a calvície. Este, ao em de ter inteirado há sete anos a sua volta ao mundo, desfilou para colecionar autógrafos de todas as personalidades célebres dos séculos desde tem passado.

A política egípcia continua bastante complicada. O novo presidente do Conselho, Mahmoud Fakh, ordenou a suspensão de dois importantes jornais, órgãos políticos do seu antecessor Nashed Fakh, que criticavam violentamente o seu Governo.

Dois ingleses, o capitão Richards e o sr. Keffell, construíram um homem mecânico, que repete todos os movimentos humanos e fala, por meio da aplicação da radio-telegrafia. O autómato inaugurou uma Exposição em Londres, fazendo um grande discurso e gesticulando tal como um orador. Não deve estar longe o tempo em que possamos comprar um criado ou criada, mecânicos e movidos a electricidade, capazes de fazerem a lavagem.

Morreu Garvey, o chefe da Associação Internacional para a Melhoria da Raça Negra, está de visita ao Canadá. Como noticiámos em tempo, Garvey foi preso e depois expulso pelo Governo norte-americano, estando agora a empregar todos os esforços para lhe ser levantada a pena.

A Assistência Médica aos Indígenas em Angola

Um testemunho de alto valor

A obra de assistência médica aos indígenas em Angola acaba de obter uma valiosa consagração. Cumprimos o grato dever de a pôr em justo relevo, para que o testemunho espontâneo e insuspeito de uma autêntica autoridade no assunto, seja bem conhecido e nos compense das tendenciosas afirmações que tantas vezes se fazem a nosso respeito, no desconhecimento completo da verdade, quando não pelo gosto ou pelo interesse de rebair o nosso esforço civilizador em África.

Está de visita a Angola, e especialmente aos Serviços de Saúde, o sr. dr. Troili, ilustre médico chefe do Congo Belga, em cumprimento de uma das cláusulas da convenção luso-belga.

Depois de ter colhido as melhores impressões do que viu em Luanda, seguiu, como noticiámos, para a Zona Sanitária do Cuanza, onde pôde apreciar o que ali se está fazendo em matéria de assistência aos indígenas.

E o que isso é, bem revelado ficou nas seguintes palavras lançadas pelo sr. dr. Troili, no «Livro de impressões dos visitantes».

«Até hoje pensava eu que o programa de assistência médica indígena adoptado pelo serviço médico do Congo Belga, representava o esforço mais importante até aqui feito em colónias africanas.

Hoje, que pude visitar a zona médica do Cuanza-Norte, vejo-me forçado a confessar que o esforço desenvolvido nesta região e os resultados já presentemente obtidos, ultrapassam tudo quanto eu poderia esperar.

Cedo pois o lugar aos meus amigos e confrades de Angola e permito-me não somente felicitá-los mas também agradecer-lhes, em nome da grande família médica colonial, que me sinto autorizado a representar neste momento, graças à minha longa carreira colonial e à minha experiência em matéria de assistência médica aos indígenas.

Felicitto tanto os chefes, como os que trabalham sob as suas ordens, e faço votos por que obtenham os resultados que procuram atingir com tanta persistência e entusiasmo.

Luanda-Tando em 28-10-28

(Ass.) Troili

Médico-chefe do Congo Belga

Prestando homenagem à sinceridade com que o ilustre chefe dos Serviços de Saúde do Congo Belga se refere ao que viu, e á nobre e desassombrada coragem das suas declarações, é com legítimo orgulho que nos permitimos juntar, às suas, as nossas felicitações aos médicos portugueses que, com o fervor de apóstolos, pondo acima de tudo os seus sentimentos de humanidade e de amor pela ciência, tem vindo fazendo, em prol dos indígenas, uma obra ainda bastante ignorada, mas para a qual chegou a hora de ser apresentada á luz da publicidade.

E isso não só para exaltar aqueles que, na sua modestia, se sentem bem pagos com o cumprimento do que consideram o seu dever; mas para demonstrar, clara e infindavelmente, que Portugal tem a nítida compreensão do papel que lhe cabe na protecção às raças indígenas e que o está desempenhando, sem olhar á sacrifícios, embora tal pese aos que, por motivos bem conhecidos, desejariam que assim não sucedesse.

Dentro de pouco tempo este jornal dirá o que tem sido a missão admirável, cheia de beza e de humanidade, da assistência ao indígena na Zona Sanitária do Cuanza.



Até á hora da entrada, na máquina não recebe habitual serviço telegráfico

Em Alexander Bay, na África do Sul, encontramos, no Governo e nas concessões diamantinas de superior qualidade.

As eleições na Rodasha o mês passado deram partido governamental, sem oposição, o Primeiro Honorable Howard Moffat.

Devia ter sido exibido o filme Dawn — o mar lebre — que tanta celestia em Inglaterra. A própria nam artigo publicado no Bernard Shaw, exprime opinião: «A única coisa a saber, é se o filme como é digno de Miss Cavell e palavra lhes afirmo que encontrará ali uma reitoria e profundamente da heroína, graças á sua glia, cuja dignidade na história nem nível muitas foi concebido e executado ao leram, seduzido por o gráfico, ama mulher que, vida, criou, no meio da pele de ódio e de ternão de misericórdia e de bonão a traia por um só trura ou de rancor e trivialidade dama medoção». Nunca um filme encas palavras para o re estas do escritor irlandês encontra-se, por certo, da a empresa pelos visto que foram postas de

Em Inglaterra realizam-se dicionários de uma tridade. Em Demby Dale, fabrica-se, de 15 em 15 atesco empadão que é ser pessoas que habitam ali. Cada uma delas paga o benefício disso resulta ao hosp tal da cidade Huddersfield. As dimenções deste ano, para o traido foram especiais. Basta dizer que o seu de 3 metros e mais cebra de 2 metros. A foi feita com 500 gado e 100 de banha. O tinha a carne de quat ses, bem diferentes em dos que se abatem em l se jantaram 700 quilos de os vários condimentos. F foram, foi obra. Um a sua plataforma á boca do se demolia a parede tr um plano inclinado para mas, a meio-caminho, mais. Só a grande de 10 minutos de esforços, e todo o cuidado para o boccos, se conseguiu o caniao, depois do que se de médica, por toda a repartido e comido.

Figura 4.2. A Província de Angola, de 30 de Outubro de 1928.⁴⁹⁷

Os médicos de Angola, para além da oportunidade de sensibilizarem a população sob o ponto de vista da higiene, aproveitaram este interesse manifestado pelo jornal local para obter o máximo de reconhecimento público e político pela sua acção. Em contrapartida, com todo o prestígio

⁴⁹⁷ Ibidem.

que adquiriram serviram os interesses dos autonomistas brancos de Angola, que acentuaram o seu protesto em virtude da tendência mais centralizadora revelada pela metrópole a partir da implantação da Ditadura Militar. Não terá sido alheio a esse interesse manifestado pelo jornal o facto do seu fundador, o jornalista Adolfo Pina (n. 1890), fazer parte do grupo de colonos que há muito lutava pelo reforço da autonomia da colónia, e que nesta fase pugnava pela manutenção do regime de descentralização política e administrativa que ainda se encontrava em vigor em Angola.⁴⁹⁸ Adicionalmente, o jornal viu, nas histórias das aventuras no mato relatadas pelos médicos, uma oportunidade para aumentar a sua tiragem. Para além do mais, encontrou nesses profissionais, pela projecção que adquiriram e pela capacidade revelada para responder aos problemas da província, uma forma de promover o regime de autonomia, utilizando-os como um exemplo dos benefícios gerados por uma maior responsabilização dos agentes locais.

A evolução da AMI contou com avultados investimentos disponibilizados pelo governo de Angola; um esforço feito durante o período de agravamento da situação financeira que atravessou o território ao longo dos anos 20.⁴⁹⁹ Em 1928, Salazar, como Ministro das Colónias, aplicou o seu programa de equilíbrio das finanças públicas na colónia, impondo um controle férreo das suas despesas. A sua actuação, no entanto, foi para além do mero exercício de superintendência, e foi nesse contexto de redução efectiva da autonomia do governo colonial que o Alto-comissário Vicente Ferreira foi exonerado, por se opor à interferência de Salazar na constituição da sua equipe governativa, alegando que essa escolha era da competência dos órgãos de poder da metrópole.⁵⁰⁰ Foi substituído por Damas Mora que assumiu o cargo de governador interinamente até à chegada, em 1929, do último Alto-comissário de Angola, um antigo Governador-geral da colónia, Filomeno da Câmara Melo Cabral. Um republicano conservador, que tinha colaborado no golpe de 1926 e ocupado o cargo de ministro das finanças no governo provisório que instituiu a ditadura militar. Em Abril de 1929 o jornal mostrava preocupação com as notícias vindas da metrópole, que referiam que o Ministro das Colónias pretendia promover alterações no serviço de assistência ao indígena e combate à doença do sono.⁵⁰¹ No mesmo ano, Eurico de Almeida, um dos médicos de Angola que fazia parte desse serviço, participou como representante de Angola na 2ª Conferência de Assistência Médica ao Indígena organizada no Congo Belga, onde apresentou um relatório que apontou diversos defeitos ao sistema sanitário que vigorava na colónia portuguesa.⁵⁰² Em 1929, Filomeno Melo

⁴⁹⁸ Para uma descrição dos eventos marcantes do protesto autonomista dos brancos de Angola e da participação nesses protestos do jornalista e dirigente associativo Adolfo Pina consultar Pimenta, Fernando. 2005. *Op. cit.* (137), pp. 82-129.

⁴⁹⁹ Freudenthal, Aida. 2001. *Op. cit.* (363), pp. 288-290.

⁵⁰⁰ Pimenta, Fernando. 2005. *Op. cit.* (137), p. 148.

⁵⁰¹ s/a. 1929. «Assistência médica ao indígena. Um diploma.». *A Província de Angola*, de 9 de Abril, p. 3.

⁵⁰² Não foi possível aceder ao relatório apresentado por Eurico de Almeida na Conferência realizada no Congo Belga. Contudo o diário *A Província de Angola* deu notícia das deliberações oficiais que foram

Cabral publicou dois diplomas que revogaram todo o edifício legislativo que suportara até essa data a AMI, reorganizando-o e dirigindo-o em exclusivo para o combate à doença do sono.⁵⁰³ Justificou a sua opção com os elevados custos do serviço integral e que impediam que o Fundo de Assistência ao Indígena fosse capaz de os financiar na sua totalidade. Afirmou que a autonomia de gestão, que lhe fora consignada, tinha sido uma fonte de despesismo e de desigualdades, por exemplo, diferenciando os salários dos médicos que actuavam no serviço médico regular da colónia do salário pago aos médicos que se encontravam ao serviço da nova estrutura de assistência médica aos indígenas. A política de controlo das finanças públicas da colónia, levada a cabo pelo novo governante da metrópole, acabou por atingir o referido serviço médico, nomeadamente com a perda de autonomia administrativa e a redução dos rendimentos dos médicos que transitaram para o novo serviço especial dedicado em exclusivo ao combate à doença do sono. O combate e profilaxia das restantes doenças que constituíam o serviço integral de AMI foram distribuídos pelo regime normal da actividade dos serviços de saúde e higiene da colónia.

Esta situação afectou a classe médica e aprofundou a divisão que neste período atravessava a sociedade angolana. A aplicação do “Método Português de Profilaxia de Tripanossomíase” tinha sido considerado por muitos médicos e membros da sociedade angolana como um serviço de referência, que não só prestigiava Angola, como o País. A divisão provocada pelo processo de reorganização dos serviços médicos de Angola teve tradução no interior da comunidade médica da província, promovendo uma troca de argumentos e de insultos pessoais entre si. Carlos Almeida foi uma das personalidades que reagiu com maior contundência a esse relatório. As suas palavras são elucidativas quanto ao conteúdo, mas também quanto ao tom que atingiu a discussão:⁵⁰⁴

E se hoje nos desprestigiámos num intercâmbio sanitário, que é uma abdicação, não se esqueceu o Chefe dos Serviços de Saúde, dessa data, e por mim acompanhado, de receber na Colónia vizinha, os mais insofismáveis louvores pela obra realizada em Angola.

sendo tomadas com o propósito de remodelar o serviço de combate à doença do sono de Angola. Consulte-se a seguinte notícia, s/a. 1930. «Combate à doença do sono». *A Província de Angola*, 11 de Março, p. 2. Por outro lado, Eurico de Almeida, em conjunto com Silva Neves, apresentou um projecto de regulamento para os serviços de combate à doença do sono no III Congresso Colonial Nacional realizado no ano seguinte que revela uma grande conformidade com a filosofia que presidiu à reforma da assistência ao indígena promovida por Filomeno da Câmara, ver Neves, J. Silva e Almeida, Eurico. 1934. «Projecto-regulamento da profilaxia da doença do sono em Angola». *Actas das Sessões e Teses do III Congresso Colonial Nacional*, Lisboa: Tipografia e Papelaria Carmona.

⁵⁰³ Diploma legislativo nº 143, de 17 de Agosto de 1929. *Boletim Oficial da Colónia de Angola*, nº 32, de 17 de Agosto de 1929, Série I, pp. 487-489.

e Diploma legislativo nº 160, de 2 de Setembro de 1929. *Boletim Oficial da Colónia de Angola*, nº 35, de 7 de Setembro de 1929, Série I, pp. 540-541.

⁵⁰⁴ Almeida, Carlos. 1930. «Carta aberta ao Exmo. Director dos Serviços de Saúde». *A Província de Angola*, de 4 de Abril, p. 1.

Vem isto a propósito para garantir a V. Exa. que foi ludibriado; o Combate à Doença do Sono não precisa ser reorganizado: parte do pessoal (reduzido de facto) é que precisa ser substituído por desnacionalizada e moralmente incapaz.

Em 1930, após um período de ausência do território, Damas Mora foi entrevistado pelo jornalista Mimoso Moreira d'A *Província de Angola*, onde revelou desconforto com a nova política sanitária do Alto-comissário, por considerar que as medidas implementadas sob a sua chefia não só correspondiam ao que as diversas nações estavam a adoptar nas suas colónias, como, defendeu: “em certos pormenores mesmo, a prática de Angola corresponde ao que nessas colónias é ainda considerado como um *desiderato* a conquistar.”⁵⁰⁵

Este período social, económica e politicamente conturbado da vida em Angola culminou na demissão do Alto-comissário no início de 1930. Após a saída de Filomeno da Melo Cabral, as novas autoridades, iniciaram um processo de diálogo com os serviços do MC, no sentido de procurar restabelecer o modelo de organização sanitária que vigorava antes de 1929, como se constata pelo seguinte telegrama de 17 de Maio de 1930 enviado para Lisboa pelo Governo de Angola:⁵⁰⁶

Revogação diploma 452 Novembro 1926 e 744 Março 1928 trouxe desorganização serviço de assistência médica indígenas grave prejuízo economia colónia faltando convenções feitas Congo Belga. Rogo Vexa autorizar restabelecimento daquela legislação recomposição fundo de assistência criada em diploma 452 habilitando assim este governo ocupação sanitária completa distrito Zaire abandonado sanitariamente há 8 meses.

Este pedido resultou na constituição de um processo administrativo demorado, que fez circular documentos por diversos órgãos técnicos e políticos do ministério e do governo de Angola. No final de 1930, pressionado pela urgência em resolver a situação, o governador de Angola acabou por publicar um diploma que restituiu a AMI.⁵⁰⁷ Poucos meses mais tarde, em Março de 1931, esse diploma foi revogado pelo governo central.⁵⁰⁸ José Dionísio Sousa Faro (1868-1962), governador-geral de Angola, justificou-se perante o ministro apresentando as razões pelas quais mandou publicar o diploma nº 162, de 29 de Novembro de 1930. Na sua óptica, encontrava-se dentro das suas atribuições melhorar a organização de 1929, desde que não fossem alterados os

⁵⁰⁵ s/a. 1930. «Assistência Médica aos Indígenas, a propósito dum estudo de que o encarregou a Sociedade das Nações». *A Província de Angola*, de 10 de Janeiro, pp. 1-2.

⁵⁰⁶ Telegrama nº 703, de 17 de Maio de 1930, do Governo de Angola para a Repartição Técnica de Saúde do Ministério das Colónias. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |

⁵⁰⁷ Diploma Legislativo nº 162, de 29 de Novembro de 1930. *Boletim Oficial da Colónia de Angola*, nº 47, de 6 de Dezembro de 1930, Série I, pp. 540-541.

⁵⁰⁸ Portaria nº 7.053 de 20 de Março de 1931. *Diário do Governo*, nº 70, de 25 de Março de 1931, Série I, p. 503.

limites impostos no orçamento.⁵⁰⁹ Esse não foi o entendimento de Armindo Monteiro, entretanto nomeado ministro das colónias. Os poderes de superintendência do MC tinham sido reforçados e o ministro demonstrou que não estava disposto a abdicar da autoridade que, segundo o seu ponto de vista, lhe tinha sido atribuída. Para além do mais, explicitou o ministro, por telegrama, ao governador de Angola, que não tinham sido respeitadas as suas instruções a exigir aprovação superior de qualquer projecto de diploma que procurasse restabelecer os serviços de assistência médica na colónia.⁵¹⁰ A decisão é ainda mais reveladora do espírito autoritário que norteava a acção das principais figuras da ditadura se for tido em consideração que nesta fase a Secção Técnica de Saúde do próprio MC tinha dado parecer favorável às pretensões do Governo de Luanda, antes e após a publicação do diploma revogado.⁵¹¹

A revogação da lei levou o Governo de Angola a questionar o Ministro sobre o futuro reservado à AMI, pedindo para ser informado se havia a pretensão de extinguir o serviço de assistência e de despedir todo o pessoal assalariado.⁵¹² O ministro, na sequência das questões levantadas, solicitou, com urgência, um novo projecto de diploma que apresentasse um serviço de assistência mais reduzido, com proporções compatíveis à situação financeira da colónia.⁵¹³ O governo de Angola correspondeu ao pedido e enviou um projecto de diploma criado pelos seus Serviços de Saúde e Higiene e um outro, baseado no primeiro, da autoria da Direcção Geral da Fazenda de Angola.⁵¹⁴

Posteriormente, constatou-se uma alteração na postura dos médicos do Serviço Técnico de Saúde do Ministério de Armindo Monteiro. Ao analisarem os projectos enviados de Angola com vista a elaborar um novo diploma, para além de considerações de carácter geral relacionadas como o ajustamento da assistência às capacidades financeiras da província, os serviços técnicos do ministério propuseram alterações que, também nesta situação, transcenderam a mera actividade de superintendência. Segundo Silva Neves, chefe da secção, as

⁵⁰⁹ Ofício nº 2.092, de 5 de Dezembro de 1930, do Governo Geral de Angola dirigido ao Ministro das Colónias. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |

⁵¹⁰ Telegrama nº 1.294, 1ª parte, de 4 de Novembro de 1930, do Ministro das Colónias dirigido ao Governador-geral de Angola. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |

⁵¹¹ Ofício nº 626, de 19 de Julho de 1930, da Secção Técnica de Saúde dirigido à Direcção Geral das Colónias do Ocidente AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG | e Informação nº 132, de 18 de Fevereiro de 1931, da Secção Técnica de Saúde. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |

⁵¹² Telegrama nº 331, 3ª parte, de 1 de Abril de 1931, do Governo-geral de Angola dirigido ao Ministério das Colónias. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |

⁵¹³ Telegrama nº 524, 5ª parte, de 24 de Abril de 1931, da Repartição de Angola e S. Tomé da Direcção Geral das Colónias do Ocidente dirigido ao Governador-geral de Angola. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |

⁵¹⁴ Ofício de 4 de Novembro de 1931, do Governador-geral de Angola dirigido ao Ministro das Colónias. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |

novas directrizes internacionais recomendavam uma organização dos serviços de assistência menos burocratizada e subordinada tecnicamente aos laboratórios,⁵¹⁵ aludindo que este era o modelo adoptado nas colónias francesas dos Camarões e da África Equatorial, bem como na colónia portuguesa de Moçambique.⁵¹⁶ Efectivamente, como ficou demonstrado, a colónia portuguesa recebera orientações da Escola nesse sentido, aquando da passagem de Ayres Kopke pelo território. Silva Neves referiu isso mesmo como forma de suportar tecnicamente a sua opção:⁵¹⁷

Cabe a portugueses em grande parte a honra de procedência na adopção do sistema, porque a missão do Dr. Aires Kopke já em 1928 deixou em Moçambique essa orientação. Os serviços de combate á doença do sono nesta Colónia estão, como todos os outros problemas sanitários, subordinados á respectiva Direcção dos Serviços de Saúde, mas na parte técnica há um superintendente que é o Director do Laboratório Bacteriológico de Lourenço Marques.

Ayres Kopke, que não foi directamente consultado neste processo, serviu de referência e conferiu legitimidade às medidas impostas pelo MC ao governo de Angola. Efectivamente, não só foi mencionado, como as informações que estiveram na base das decisões do serviço técnico do ministério foram obtidas através do seu relatório, referente à sua participação nas Jornadas de Paris, em 1931. Silva Neves ainda se socorreu de um outro argumento. Para o técnico do ministério, as suas propostas não só iriam reduzir os custos e conferir maior eficácia ao combate à doença do sono em Angola, como iriam permitir que, nesta matéria, as colónias de Angola e Moçambique passassem a ficar “harmónicas” e “uniformes”, tanto técnica como administrativamente, “seguindo neste assunto o critério que Sua Exa. o Ministro tem preconizado nos problemas coloniais, em tudo quanto não interesse exclusivamente uma só colónia.”⁵¹⁸

⁵¹⁵ Informação nº 35, de 23 de Janeiro de 1932, da Secção Técnica de Saúde do Ministério das Colónias, “*Projecto de regulamentação dos Serviços de Assistência aos Indígenas e de Combate á Doença do Sono para 1931/1932, em Angola e respectivo orçamento*”, p. 10. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |

⁵¹⁶ *Idem*, pp. 10-11. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |

⁵¹⁷ *Idem*, p. 10. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |

⁵¹⁸ *Idem*, p. 12. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |



Toda a parte técnica do projecto é respeitada. As ligeiras modificações propostas inspiram-se na melhor orientação que a prática mundial tem aconselhado na luta contra a doença do sono, em todas as colónias das nações estrangeiras e agora sancionada nas "Jornadas Médicas" realizadas por ocasião da Exposição Internacional Colonial de Paris, nas quais tivemos como delegados os snrs. Drs. RICARDO JORGE e AIRES KOPKE; e deste último temos sob a vista o proficiente relatório.

Consistem as directrizes, dum modo geral, em desburocratizar tanto quanto possível os serviços e subordiná-los tecnicamente á competência dos Laboratórios.

Cabe a portugueses em grande parte a honra da precedencia na adopção do sistema, porque a missão do Dr. AIRES KOPKE já em 1928 deixou em Moçambique essa orientação. Os serviços de combate á doença do sono nesta Colónia estão, como todos os outros problemas sanitários, subordinados á respectiva Direcção dos Serviços de Saúde, mas na parte técnica ha um superintendente que os orienta directamente que é o Director do Laboratório Bacteriológico de Lourenço Marques; e entre o superintendente e os médicos chefes do sector não foram necessários chefes de zona, entidades com funções quasi exclusivamente burocráticas ou, quando muito, encarregados da compilação de elementos estatísticos. Em Angola, mais do que em Moçambique, são dispensáveis, visto haver na sede de cada distrito um médico, chefe da Repartição Distrital de Saúde, e desse mesmo não é necessária a interferencia. Ficam de pé como indispensáveis as Missões de reconhecimento nosológico nas regiões onde forem julgadas convenientes.

A precedencia dos portugueses na adopção dos métodos hoje consagrados pela Medicina Tropical das maiores nações colonisadoras não data apenas de 1928. Ha dezoito anos, em 1914, já o reputado bacteriologista ao serviço de Angola, Dr. CORREIA MENDES, com uma visão clara do problema, punha em prática o mesmo método, como se verifica da portaria nº. 1.059, de 25 de Setembro de 1914. Ele, como director do Laboratório Bacteriológico do Hospital Central de Luanda é quem superintendia directamente nos Serviços do estudo, profilaxia e combate á doença do sono, em tudo que se relacionasse com a técnica do problema, sem prejuizo da subordinação á Direcção

1929 - IMPRESSA NACIONAL - 1929-1930

Figura 4.3. Informação da Secção Técnica de Saúde do Ministério das Colónias à Direcção Geral dos Serviços Centrais, 23 de Janeiro de 1932.⁵¹⁹

Silva Neves agiu assim de acordo com as indicações do ministro e deu expressão ao disposto nas leis recentemente publicadas, nomeadamente de 1926, de 1928 e o Acto Colonial. Esta legislação determinou que ao Ministro das Colónias competia tomar providências sobre os

⁵¹⁹ *Idem*, p. 10. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mc | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |

assuntos relacionados com mais de uma colónia.⁵²⁰ Ao favorecer uma leitura comum para os problemas referentes à doença do sono, que se manifestavam nas colónias de Angola, Moçambique e Guiné, com o contributo da Escola, o governo central sentiu-se investido de legitimidade para interferir nesta questão do foro técnico e científico, sem ser acusado de uma intromissão excessiva e ilegítima sobre a vida dessas colónias. Um aspecto politicamente relevante, na medida em que ao longo de todo este período a situação política do novo regime, no que concerne à sua autoridade, era ainda precária.

A evolução em Portugal do pensamento sobre administração colonial acentuou gradualmente a importância do papel do governo central e acabou por atingir a organização sanitária edificada em Angola, entendida localmente como uma obra que prestigiava os médicos, a colónia e a nação. De facto, nem o prestígio social e científico adquirido pelos médicos de Angola foi bastante para impedir o Estado central de interferir de forma tão invasiva nas suas opções técnicas. A condução deste processo, e não apenas os recursos retóricos usados por Silva Neves, indiciam que, na esteira do reforço dos poderes de superintendência da metrópole, se estava a instalar um regime de administração directa das colónias. As nuances introduzidas pelo novo regime administrativo, que interferiram sobretudo e no imediato com a prática governativa, a par de um ambiente político e científico, colonial, nacional e internacional que exigia novas respostas para os problemas das colónias, acabaram por gerar um contexto mais favorável à actividade da EMT.

A política mais restritiva da autonomia das colónias e o consequente reforço dos poderes de superintendência do governo central, só por si, tenderam a favorecer a actividade dos órgãos do MC, como era o caso da EMT. Para além disso, foram os termos precisos em que o Estado central procurou exercer maior intervenção sobre o quotidiano das colónias que tornaram as autoridades mais receptivas às solicitações, aos projectos e à postura dos professores da EMT. O conhecimento técnico baseado numa abordagem mais experimentalista, oferecido pela instituição, foi entendido como um regime de decisão mais neutro, objectivo e universal mais apto, portanto, a valorizar-se no quadro de um projecto ditatorial de ordenação e harmonização do império. Sobretudo, em oposição aos valores epistemológicos que tinham ganho expressão administrativa durante o final da república, que valorizavam o conhecimento dependente do contexto ou que realçava o que era particular, e que tinha sido corporizado através da retórica e da prática dos médicos coloniais. A nova postura dos governos militares entrava em ruptura

⁵²⁰ Ver alínea b do artigo 2º da VIIIª base que define as funções legislativas dos diferentes órgãos da administração colonial no Decreto nº 12.421 de 2 de Outubro de 1926, *Op. cit.* (413), p. 1453 e a alínea b do artigo 1º da VIIIª base, no Decreto nº 15.241, 24 de Março de 1928. *Diário do Governo*, nº 69, de 24 de Março de 1928, Série I, p. 586.

com a prática de administração política e sanitária que vigorara no passado recente, que tinha dado uma ampla margem aos governos provinciais para definirem a sua política de acordo com as suas próprias possibilidades e circunstâncias, deparando-se com diversas resistências de âmbito local e metropolitano. A Escola beneficiou assim do projecto político - mas também da fragilidade do novo regime para o levar a cabo - para assumir de novo um papel fundamental na governação do império, designadamente na formulação e uniformização da política sanitária do MC em relação às matérias relacionadas com o estudo e o combate à doença do sono.

A Escola foi capaz de se colocar numa posição de equidistância em relação aos interesses distintos e particulares de cada colónia por via dos recursos retóricos e políticos que lhe conferiram a sua pesquisa bem como a sua participação na comunidade médica e científica internacional. Há que realçar nesta matéria a importância que assumiu para a Escola a sua participação nas actividades da SdN, na medida em que esta se constituía como um dos mais relevantes “vigilantes do Império” neste período, sendo um dos órgãos externos que mais ameaçava a imagem externa da nação e, por essa via, a que poderia colocar em causa a legitimidade interna do novo regime.⁵²¹ Por este motivo a Escola readquiriu importância estratégica para a diplomacia portuguesa. Para além do mais, pôde assumir-se internamente como porta-voz da referida organização de cooperação internacional, beneficiando das suas propostas de uniformização das práticas administrativas, neste caso particular no âmbito do estudo e combate à doença do sono e da assistência médica ao indígena, para credibilizar a sua e, simultaneamente, a postura dirigista do governo metropolitano junto dos médicos coloniais e dos demais órgãos do governo imperial. Finalmente, a receptividade demonstrada pelas autoridades coloniais às solicitações da EMT e a sua gradual inclusão no projecto de intervenção do Estado sobre o quotidiano das colónias contribuíram para que esta fosse restituída da sua capacidade para difundir as suas ideias e que lhe permitiram com a sua acção contribuir para enfrentar as questões políticas e diplomáticas que importunavam o governo. Por sua vez, esses instrumentos foram utilizados, retroactivamente, para prosseguir com os seus esforços de convencer os decisores políticos sobre o fundamento das suas propostas. Esse reposicionamento acabou por dar maior expressão política ao modo como a instituição entendeu que deveria ser organizado o estudo e o combate à doença do sono, restaurando paulatinamente a sua autoridade, isto é, conferindo-lhe um certo ascendente para organizar a actividade dos quadros de saúde das colónias de acordo com a visão e os valores veiculados pela metrópole.

⁵²¹ Esta expressão foi retirada de Jerónimo, Miguel Bandeira, 2009. *Op. cit.* (93), p. 56.

Conclusões

O Estado português atravessou uma crise de autoridade profunda ao longo das três primeiras décadas do século XX, exactamente no período em que se impunha dar respostas ao conjunto de exigências relacionadas com a nova agenda imperial, designadamente, de projecção da autoridade e das tradições da metrópole sobre os governos, os territórios e as populações coloniais. Este foi um período em que as autoridades portuguesas se encontraram sistematicamente pressionadas para edificar um aparato burocrático em África capaz de controlar e desenvolver os seus territórios ultramarinos de acordo com as múltiplas questões de natureza administrativa, política, diplomática, ética, científica e sanitária, de proveniência colonial, metropolitana e internacional, que foram adquirindo expressão ao longo do tempo e sob múltiplas combinações. A Escola de Medicina Tropical, na sua qualidade de órgão técnico incorporado no aparato do Estado metropolitano, constituiu-se como uma solução política para lidar com os problemas que a governação à distância impôs ao Estado central no âmbito da administração da saúde pública colonial. Para avaliar o processo social através do qual o referido estabelecimento médico contribuiu para o desenvolvimento e afirmação do Estado português em África e tornar efectiva a ocupação científica, sanitária e política das colónias portuguesas nas primeiras décadas do século XX, identificaram-se 3 períodos complementares: o período entre a sua fundação e 1913, no qual a escola afirmou a sua autoridade; entre 1913 e 1925, correspondente à diluição da sua autoridade científica e à organização dos projectos sanitários das colónias; e, o último, entre 1925 e 1935, que respeita ao período de reafirmação do seu projecto na arena científica e política.

A Escola de Medicina Tropical de Lisboa foi fundada em 1902, quando em Angola um surto epidémico de doença do sono se tornava problemático. Esse facto tornou-se politicamente relevante quando o País se deu conta que as grandes potências imperiais estavam a ser alertadas através dos canais científicos e diplomáticos de que Portugal nada fazia para contrariar essa situação, aumentando o risco de Portugal voltar a ser acusado de não conseguir proceder à ocupação dos seus territórios coloniais de acordo com os termos estipulados pela comunidade internacional. Neste contexto um grupo de médicos portugueses associados à Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa aproveitou essas notícias alarmantes, bem como as notícias de que as potências imperiais estavam a proceder à reorganização do ensino e da investigação no âmbito das patologias tropicais, para propor a criação de uma Escola de Medicina Tropical, em Lisboa. Ainda se revelou decisivo em todo este processo o facto de, no entretanto e por um breve período, os portugueses terem acreditado que a missão científica portuguesa que fora enviada a Angola, em 1901, para estudar a referida patologia ter redundado na “descoberta” do agente etiológico da doença do sono. Como se constatou neste trabalho à luz dos parcos

conhecimentos que existiam no início do século XX, impunha-se que fossem tomadas medidas que permitissem desenvolver formas eficientes de lidar clínica e/ou sanitariamente com a doença do sono.

O acto de criação da Escola deve ser entendido ainda como uma forma do governo português transmitir interna e externamente que o país estava a agir e adequadamente sobre os problemas coloniais, contrariamente ao que era acusado. A opção dos monárquicos, ao fundar mais uma instituição científica na metrópole, esteve igualmente relacionada com os problemas de governabilidade com que se deparava o regime. O aparato burocrático do Estado imperial era reduzido, ineficiente e a metrópole revelava-se incapaz de controlar a acção quotidiana das estruturas sociais e governativas das colónias, que, na prática, se regiam por uma lógica de autogestão. A formação de médicos de acordo com o ensino ministrado na Escola e a organização de missões a partir da metrópole afiguraram-se assim como soluções imediatas para ultrapassar os problemas relacionados com a distância e, simultaneamente, obter algum controlo na metrópole sobre a realidade colonial.

O regime da Monarquia Constitucional entrou no século XX profundamente desprestigiado. Neste período as autoridades monárquicas estavam persuadidas de que a sobrevivência do regime, e do País enquanto nação independente, se encontrava segura por um fio e que o seu destino dependia, em muito, da capacidade de Portugal conservar a sua “herança colonial”. Mas a ambição imposta pela nova agenda imperial era elevada. A crise de autoridade do Estado português tornou-o demasiado exposto a diversas opiniões, em particular, as da comunidade internacional. Eram cada vez mais as vozes domésticas e do exterior que reclamavam por uma acção mais consistente da parte do Estado português para ocupar administrativa e socialmente as suas colónias africanas e assim cumprir a sua “missão civilizacional” de retirar os nativos do seu estado de barbárie. Por outro lado, na classe médica, nomeadamente os membros que defendiam que a medicina científica era um elemento essencial para o progresso social e científico do País, encontrava-se algumas das vozes que manifestavam dúvidas relativamente ao lugar que a sociedade portuguesa deveria ocupar na escala de valores que se estava a desenvolver na Europa e que dividia os povos entre civilizados e não civilizados. A criação da Escola e a sua acção posterior serviu desta forma para transmitir a mensagem de que Portugal agia de acordo com as melhores práticas internacionais, que, no entender dos portugueses, eram estabelecidas pelas nações mais “civilizadas”.

Nos seus primeiros anos de actividade, entre 1902 e 1913, a Escola deu prioridade ao estudo da doença do sono, acabando por obter prestígio interno e internacional através dos resultados obtidos com a sua investigação em terapêutica aplicada, protagonizada por Ayres Kopke. A

capacidade de projectar uma imagem moderna e “civilizada” de Portugal no exterior em função da sua participação e dos êxitos que foi conseguindo obter no seio da comunidade médica e científica internacional, tornou-se mesmo numa componente determinante, a par dos argumentos de natureza científica, humanitária e económica, na estratégia de comunicação adoptada pelos seus responsáveis no diálogo que estabeleceram com os órgãos da Secretaria de Estado dos Negócios da Marinha e Ultramar e ainda na projecção da sua autoridade no seio das diversas estruturas do Estado imperial português. Afirmou-se assim como a principal referência interna no que refere às questões de saúde e higiene colonial e desta forma contribuiu para estabelecer uma certa ordem na estratégia sanitária prosseguida por Portugal no seu império. Fosse através das missões científicas que enviou às colónias, da circulação do *Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas* e/ou das colaborações científicas que estabeleceu com médicos locais, fosse no processo de produção de legislação no Senado e na Câmara dos Deputados, a opinião favorável da Escola passou a ser um factor importante de legitimação e de definição dos termos e das prioridades no que concerne ao combate da doença do sono. Ao pronunciar-se regularmente acerca da qualidade das propostas legislativas, científicas e sanitárias produzidas pelos políticos na metrópole ou pelos médicos das colónias, por sua ou por iniciativa dos poderes públicos, assumiu-se como um instrumento de vigilância e arbitragem que actuava em nome do governo da metrópole.

Foram assim motivos de ordem colonial, metropolitana e internacional, políticos, científicos, sanitários e humanitários que estiveram na base da decisão de criar a EMT e posteriormente de providenciar os recursos de que necessitava para prosseguir a sua actividade lectiva, científica e política. Os médicos que propuseram a sua criação, os responsáveis da Escola que solicitaram os meios para prosseguir a sua actividade científica e lectiva, e a sua audiência política demonstraram todos que compreenderam o estatuto político que se encontrava associado às soluções técnicas (administrativas, científicas e sanitárias) desenvolvidas no seio do grupo pioneiro de instituições de medicina tropical. A opção de criar e, posteriormente, de apoiar a actividade da EMT foi assim uma forma das autoridades monárquicas portuguesas obterem benefícios políticos e diplomáticos que poderiam advir da sua vocação para lidar à distância com os problemas de saúde pública das colónias. Ao longo desta fase a Escola acabou por reunir condições para exercer a sua autoridade sobre os médicos das colónias: obteve meios para tal e deparou-se com uma audiência predisposta a dar valor às suas opiniões, contribuindo assim para atenuar os problemas de governabilidade com os quais se deparavam os poderes metropolitanos. No entanto, é importante realçar que tanto os recursos que foram sendo disponibilizados, como a autoridade que a Escola exerceu resultaram ambos dos esforços sistemáticos produzidos pelos seus responsáveis para persuadir as autoridades do Estado central e os seus outros interlocutores.

Os republicanos ascenderam ao poder em 1910. Desde a primeira hora procuraram afirmar a sua agenda progressista. A chegada ao poder foi acompanhada de uma alteração das ideias que presidiam à condução governativa do País, nomeadamente ao nível da política colonial e educativa. Em 1913 a República dando expressão às suas prioridades educativas, particularmente para o ensino superior, incorporou a Escola na estrutura do recém-criado Ministério da Instrução. Esta medida, que afastou provisoriamente a Escola do universo colonial, inseriu a Escola de Medicina Tropical numa nova fase compreendida entre os anos de 1913 e 1925, na qual ocorreu uma transformação do seu contexto de actividade e que a introduziu numa trajectória de declínio tanto do seu protagonismo científico como do protagonismo político. Foram sobretudo mudanças de natureza epistemológica e profissionais relacionadas com o processo de descentralização administrativa que acabaram por ter implicações directas no declínio da actividade da Escola de Medicina Tropical, na medida em que reduziram a predisposição das autoridades metropolitanas e locais para atenderem às suas propostas.

Nos círculos coloniais portugueses há muito que se obtivera um certo consenso de que a concentração dos centros de decisão na metrópole distantes da realidade colonial não era uma prática administrativa eficiente. Numa época em que o conhecimento científico já era parte integrante do processo de decisão política, os coloniais portugueses defendiam que o conhecimento mais adequado para servir de suporte às decisões tomadas pelo Estado português era aquele que resultava do contacto e da observação demorada com a realidade local. Estava-se assim perante uma discussão de carácter epistemológico. Contudo, à parte do consenso obtido ao nível dos princípios, por motivos de ordem prática a implementação de um modelo mais consentâneo com essa visão foi sendo adiada. Com o fim da Primeira Guerra Mundial, a pressão criada por factores de ordem internacional, com a instalação de uma máquina administrativa metropolitana capaz de lidar com as implicações impostas por esse modelo e com a crescente percepção de que a administração local estava em condições para evoluir e corresponder às exigências progressistas e humanitárias às quais Portugal se encontrava vinculado, as autoridades republicanas decidiram reorganizar definitivamente o seu modelo de governação dos territórios ultramarinos. Os poderes da República confrontados com todas as exigências que foram sendo expostas durante a Conferência de Paz decidiram implementar um modelo que concentrou um largo poder governativo nas mãos das figuras dos Altos-comissários da República criadas para as colónias de Angola e Moçambique.

As várias reformas realizadas neste período na orgânica do MC não provocaram grandes rupturas no âmbito dos princípios administrativos que as suportaram. No entanto, certas nuances

introduzidas no funcionamento do ministério, e os motivos que justificaram essas alterações, aliadas a uma envolvente tendencialmente favorável à descentralização, acabaram por determinar a formação de um contexto, de tomada de decisão e de redução da vigilância, mais favorável aos agentes que se encontravam no “terreno”. O afastamento provisório da Escola da tutela do Ministério das Colónias, a quebra abrupta da publicação dos *Arquivos de Higiene e Patologia Exóticas*, a recusa sistemática das propostas de organização de missões da Escola às colónias, a par da redução do pessoal e do estatuto político do serviço técnico de saúde da DGC ocorrido em 1924, são algumas das medidas que revelam o esforço de reduzir a supervisão técnica da metrópole. Todo este processo reorganizativo foi acompanhado pela instituição de uma cultura no seio do MC, que se regia por novos princípios epistemológicos e que tendia a valorizar os agentes que tinham mais contacto com a realidade sanitária colonial e o conhecimento que incorporava mais aspectos relacionados com o que era específico e particular de cada localidade ou população, em detrimento do conhecimento produzido à distância nos laboratórios da Escola e nas enfermarias do Hospital Colonial.

Beneficiando com essa alteração da postura do Estado português, os médicos de Angola foram ganhando maior protagonismo no âmbito do estudo e do combate à doença do sono. Contaram para isso com a pacificação do território por via militar e com o apoio da nova liderança de Angola, que procurava lançar as bases de um projecto de modernização da colónia, introduzindo mudanças em diversos domínios procurando concluir a ocupação administrativa e civil da colónia e promovendo medidas de atracção do indígena para a soberania portuguesa. A ambição profissional demonstrada pelas novas autoridades médicas da colónia contribuíram para intensificar o ambiente menos favorável à Escola. No período anterior os médicos locais como meio de afirmação profissional recorriam a colaborações com os investigadores do estabelecimento metropolitano e publicavam as suas pesquisas nos *Arquivos de Higiene e Patologia Exóticas*. Nesta fase os médicos de Angola procuraram afirmar a sua autonomia científica perante os poderes da metrópole, criando os seus próprios sistemas de legitimação profissional e procurando constituir ou inserir os médicos de Angola em redes científicas de carácter transnacional e intercolonial. Damas Mora reconhecendo a legitimidade que o novo quadro de referência organizacional e epistemológico conferia aos estudos produzidos pelos médicos coloniais assumiu como prioridade criar em Angola os seus próprios periódicos da especialidade. Os seus estudos, para além de respeitarem os princípios científicos e sanitários da medicina tropical, contemplavam soluções de ordem prática para os problemas com que se confrontava o governo local, designadamente no seu esforço para combater a doença do sono e desenvolver os serviços de assistência médica ao indígena. Ambos foram aspectos que concorreram para fortalecer a autoridade dos médicos de Angola em detrimento da autoridade da Escola de Medicina Tropical. Uma situação que já se tinha agravado com o desinteresse

assumido pelas autoridades sanitárias de S. Tomé e Príncipe relativo às questões à doença do sono após a sua erradicação da ilha do Príncipe.

O contexto político, ideológico e epistemológico que ganhou ímpeto na segunda fase da Primeira República favoreceu os projectos profissionais e sanitários idealizados e implementados pelas novas autoridades da colónia de Angola. Os protagonistas mudaram, mas as teorias, a prática, os eventos e as publicações médicas continuaram a assumir diversas funções de Estado. Serviram para enfrentar os problemas científicos, sanitários e económicos da colónia, contribuíram para o processo de alargamento da malha administrativa da colónia, e ainda para coordenar a acção dos médicos e os seus quadros de saúde. Do ponto de vista diplomático assumiram-se como uma forma eficiente para seduzir e submeter as populações locais à lei portuguesa e como uma componente estratégica da propaganda para o exterior a procurar demonstrar que Portugal era capaz de desenvolver as suas colónias satisfazendo as expectativas da comunidade internacional. No entanto, se as novas prioridades dos poderes públicos e dos médicos dos serviços de saúde de Angola e S. Tomé e Príncipe impeliram a Escola para uma certa marginalização técnica e científica, reduzindo as funções de Estado que lhe tinham sido atribuídas pelo regime anterior, a sua vocação educativa ganhou um novo ímpeto. Apesar dos esforços das autoridades locais para reduzir a dependência da Escola em termos de aconselhamento técnico e científico, a instituição da metrópole manteve a sua relevância política e administrativa através do ensino que era ministrado nas suas instalações. Neste período, em resposta ao aumento das solicitações resultantes do alargamento dos quadros dos serviços de saúde colonial acabou por ver reforçada a sua oferta educativa.

Em 1925 com a sua participação na Primeira Conferência Internacional sobre a Doença do Sono, organizada pela SdN, e em função de uma série de acontecimentos de natureza administrativa e política que se sucederam, a Escola entrava na última fase da sua existência, que se estendeu até 1935, quando no seu lugar foi criado o Instituto de Medicina Tropical. Por conseguinte, esta será a última fase da Escola em análise. Em 1926 ocorreu de novo um golpe de Estado em Portugal. Os militares ascenderam ao poder, dando início a um novo ciclo político no País de cariz mais autoritário e centralizador. A Ditadura Militar, desde a primeira hora, assumiu a necessidade de reforçar a vigilância da metrópole sobre a actividade dos governos das colónias e, com esse objectivo em vista, foi restituindo aos órgãos e serviços centrais os poderes políticos e administrativos que tinham sido transferidos para as autoridades locais durante a Primeira República. A desordem financeira que afectou as colónias de Angola e Moçambique, a violência que irrompeu em Angola e as acusações que penderam sobre Portugal, sobretudo na SdN, pelo facto de ainda subsistirem regimes de trabalho forçado nas suas colónias, acabaram por desacreditar o modelo de administração republicano e, igualmente, a capacidade dos

próprios governos e das estruturas sociais das colónias. O regime iniciou então um processo de reorganização da sua estrutura de governo com a inversão dos princípios administrativos que tinha vigorado até à data, preparando-a para exercer uma superintendência mais activa e agir com o objectivo de uniformizar a política colonial portuguesa, procurando assim estabelecer as medidas que se iriam aplicar em todos os territórios do império.

A participação da Escola de Medicina Tropical como representante do Estado português nas 1ª e 2ª conferências internacionais dedicadas à doença do sono, organizadas pela Sociedade das Nações, respectivamente, em 1925 e 1928, beneficiaram a sua actividade técnica e política porque a revestiram de uma nova legitimidade internacional. Ofereceram ainda aos seus responsáveis a oportunidade de agir de acordo com as pretensões das novas autoridades metropolitanas, isto é, de se apresentarem ao poder político como um agente moderador, capaz de exercer supervisão e ordenar a actividade das colónias a partir de uma visão uniformizadora do estudo e de combate à doença do sono. As pretensões e a opinião técnica da Escola voltaram a ter acolhimento junto das autoridades metropolitanas, permitindo a organização de missões às colónias, o desenvolvimento de pesquisas científicas nas suas instalações e a elaboração de instruções precisas sobre a estratégia de estudo e combate à doença do sono a adoptar em Moçambique e na Guiné. Em paralelo, assumiu um papel relevante na legitimação da proposta de reestruturação dos serviços de combate à doença do sono e de assistência médica ao indígena de Angola, que o governo central pretendia impor ao governo angolano. Foi de novo a mudança de diversos factores de natureza política e científica, de âmbito local, nacional e internacional, que influenciaram a trajectória percorrida pela política colonial entre 1925 e 1935 e que criaram de novo na classe política metropolitana uma maior predisposição para promover e requisitar um conjunto mais abrangente de serviços à Escola. Os acertos na organização e no funcionamento da administração colonial, com vista a implementar um regime mais centralizado, foram determinantes para restituir as funções diplomáticas e políticas outrora cumpridas pela Escola, designadamente, a de impor uma certa disciplina na acção dos médicos dos quadros de saúde das colónias a partir da metrópole.

Este trabalho permite concluir que a aliança que se estabeleceu entre a Escola de Medicina Tropical de Lisboa e os poderes políticos e técnicos da metrópole entre 1902 e 1935, embora tenha oscilado em função de condicionantes de natureza diversa, contribuiu para projectar a autoridade do Estado imperial português sobre as colónias africanas. Na primeira fase, entre 1902 e 1913, a Escola afirmou-se como autoridade científica, técnica, no domínio do conhecimento especializado e das suas contribuições internacionalmente valorizadas, no âmbito da doença do sono. Entre 1913 e 1925, entrou num período de diluição do seu domínio metropolitano para dar lugar à ascensão da autonomia administrativa, científica e política das

suas colónias, particularmente evidentes no caso de Angola. Nos últimos anos da sua existência como instituição, entre 1925 e 1935, a Escola reafirmaria o seu projecto científico e político no circuito nacional, colonial e internacional.

Neste estudo nem a coesão interna do Estado português foi assumida como um facto, nem as suas motivações e decisões foram resumidas a um conjunto de considerações de ordem geral. A autoridade do Estado foi posta sistematicamente em causa ao longo do período em estudo, traduzindo-se sobretudo no desprestígio da classe política e no consequente agravamento da sua capacidade para, só por si, preservar ou reforçar a integridade da estrutura interna do Estado. Essa situação ofereceu uma oportunidade acrescida para a Escola se assumir como uma solução técnica, política e administrativa para os problemas científicos, sanitários, diplomáticos e, em particular, para os problemas de governabilidade da estrutura interna do Estado imperial. Foi igualmente perceptível que a identidade da Escola se constituiu como uma componente importante na organização, no desenvolvimento, na formação da cultura interna e no funcionamento do Estado imperial português. Através do diálogo que os seus responsáveis estabeleceram com os diversos órgãos e serviços, a Escola ajudou a definir os termos a partir dos quais o aparato burocrático português se desenvolveu e organizou, designadamente ao promover como paradigma de ordenação a perspectiva científica e sanitária da medicina tropical. Visto sob este prisma, o Estado imperial surgiu como um domínio heterogéneo, constituído por diferentes agentes, que agiram com base em motivações distintas e específicas, a partir de localizações também elas muito diversas. As suas prioridades e o seu posicionamento, no âmbito das relações internas de poder, que se foram constituindo no seio do império português, alteraram-se com o decorrer do tempo.

A forma como se tem justificado a autoridade adquirida pelos profissionais ou instituições de medicina tropical tem passado por referir que estes incorporaram na sua organização e actividade uma série de “instrumentos de crédito” (o laboratório, a proximidade com o Estado, a formação de redes transnacionais, um conjunto variado de recursos retóricos), e ainda por deixar subentendido que esse processo gera só por si um efeito directo e global sobre os profissionais da comunidade médica que, desta forma, conseguiram adquirir legitimidade para dominar o Estado (e ainda as populações nativas). Esta perspectiva não tem em consideração todo o processo histórico e negocial que esteve na base dessas conquistas da classe médica, nem os efeitos que geraram rupturas na trajetória dos seus agentes individuais ou colectivos, elementos evidenciados neste trabalho.

Alguns anos após a criação da EMT, quando já era evidente a sua utilidade política e diplomática, os responsáveis pela instituição continuaram a deparar-se com a necessidade de

manter o esforço de persuasão para obter os recursos necessários para prosseguir com a sua actividade científica. O reforço da autoridade garantiu maior, mas não total, atenção e receptividade da parte dos detentores de cargos políticos (ou quaisquer outros interlocutores). Quando os seus pedidos eram rejeitados ou quando as autoridades políticas demoravam a responder às suas solicitações os responsáveis pela instituição dirigiam-se de novo aos órgãos do governo não só para justificar a pertinência do seu pedido concreto, mas também para relembrar os seus grandes feitos históricos, o prestígio internacional que emprestavam ao Estado português, e as diversas funções de Estado que eram da sua responsabilidade.

Em 1913, quando a Escola conseguiu acumular um conjunto alargado de “fontes” de autoridade ocorreu uma mudança na sua envolvente externa, nomeadamente nas prioridades da classe política portuguesa, que colocou em causa a utilidade política do seu protagonismo interno e internacional. As “fontes” de autoridade, tal como foram caracterizadas, serviram para alargar o número de recursos retóricos e materiais disponíveis para os responsáveis da Escola que, desta forma, puderam mobilizá-los para obter um certo ascendente sobre os seus interlocutores. No período seguinte de nada lhe valeram os seus êxitos passados, a investigação que produzira, a sua relevância internacional e a proeminência política que adquirira. A partir de 1925 passou-se o contrário, quando ainda não tinha acesso à mesma quantidade de recursos que lhe poderiam assegurar e projectar a sua autoridade sobre os governos metropolitano e coloniais, a mudança de postura e das prioridades do poder metropolitano bastaram para a Escola adquirir novamente um maior protagonismo na engrenagem governativa do império. Em suma, para além de distribuída assimetricamente a autoridade não é uma propriedade estática nem cumulativa. Tal como não há conhecimento universal também não há “fontes” de autoridade universais. Esta noção mais do que servir de explicação para a capacidade política adquirida por médicos e cientistas é uma propriedade que tem de ser explicada no âmbito dos diferentes processos locais, históricos e sociais. A autoridade, propriamente dita, foi o resultado das “inércias” que se estabeleceram aquando da constituição das multirrelações que foram dando corpo ao Estado imperial português em cada momento da sua história.

Este estudo de caso permitiu assim retirar algumas ilações de carácter mais geral relativamente ao conceito de autoridade e à forma um tanto simplificada como tem sido caracterizada, de um modo geral, no âmbito dos estudos da relação “Medicina e Império”. Nas narrativas de história da medicina tropical, as motivações do Estado são usualmente caracterizadas pelos grandes móveis da agenda imperial, isto é, a protecção dos interesses económicos, a projecção da supremacia civilizacional, a implementação de medidas em prole da ocupação efectiva dos territórios coloniais. Se de facto estas motivações criaram necessidades políticas que acabaram por se revelar determinantes na facilitação da actuação dos médicos nos contextos imperiais e na

promoção da emergência e consolidação da medicina tropical, a sua capacidade explicativa é muito resumida. É difícil estabelecer uma relação entre estas motivações de carácter geral - e cujos efeitos sobre o aparato burocrático nacional foram permanentes - com as diferenças de autoridade e as mudanças de protagonismo que se verificaram no âmbito da medicina imperial e colonial portuguesa. Ao seguir a actividade científica e política da EMT deduz-se que a função governativa alegadamente exercida pelos profissionais de medicina tropical não foi cumprida nos mesmos termos, nem com os mesmos meios e, muito menos, com a mesma autoridade por todos os profissionais médicos que actuaram no âmbito do império português e ao longo do tempo.

Fontes e Bibliografia

1. Livros de minutas, ofícios, telegramas, actas e documentos manuscritos

- Acta da Sessão extraordinária de 30 de Maio de 1910, da Repartição de Saúde de Angola e S. Tomé e Príncipe. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |
- Acta da Sessão extraordinária de 9 de Fevereiro de 1911 da Junta de Saúde Pública da Província de S. Tomé e Príncipe. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |
- Acta da Sessão ordinária de 30 de Janeiro de 1911 da Junta de Saúde Pública da província de Angola. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |
- Acta nº 2, de 25 de Fevereiro de 1926. AHU: 3467 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1920-1926 | Boletim de Saúde e Actas do Conselho de Saúde | GUI |
- Cópia do ofício de 12, de Outubro de 1903. AHU: 3356 | 1A | SEMU | DGU | pa | 1904-1905 | Proc.º 1-100 | ULT |
- Cópia do ofício nº 11, de 11 de Novembro de 1903. AHU: 3356 | 1A | SEMU | DGU | pa | 1904-1905 | Proc.º 1-100 | ULT |
- Cópia do ofício nº 42, de 2 de Novembro de 1902. AHU: 3356 | 1A | SEMU | DGU | pa | 1904-1905 | Proc.º 1-100 | ULT |
- Cópia do ofício nº 44, de 30 de Novembro de 1903. AHU: 3356 | 1A | SEMU | DGU | pa | 1904-1905 | Proc.º 1-100 | ULT |
- Informação de 21 de Novembro de 1910, da Repartição de Saúde da Direcção Geral das Colónias. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND
- Informação nº 35, de 23 de Janeiro de 1932, da Secção Técnica de Saúde do Ministério das Colónias. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |
- Informação nº 132, de 18 de Fevereiro de 1931, da Secção Técnica de Saúde do Ministério das Colónias. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG
- Livro de minutas da 5ª Repartição da DGU, 1902. *Decretos. Portarias. Notas para a Direcção Geral da Marinha. Telegramas. Requisições.* AHU: 387 | 1N | SEMU | DGU | ` | 1902 | Repartição de Saúde – Decretos, portaria, notas para a DGM. Telegramas | ULT |
- Livro de minutas da 5ª Repartição da DGU, 1902. *Offícios para todas as provincias ultramarinas.* (idêntico para o subchefe interino do serviço de saúde de Angola e S. Tomé e Príncipe.) AHU: 388 | 1N | SEMU | DGU | ` | 1902 | Repartição de Saúde - Ofícios | ULT |
- Livro de minutas da 5ª Repartição da DGU, 1903. *Offícios para todas as provincias ultramarinas.* AHU: 392 | 1N | SEMU | DGU | ` | 1903 | Repartição de Saúde - Ofícios | ULT |
- Livro de minutas da 5ª Repartição da DGU, 1904. *Offícios para diversas auctoridades. Notas para o Deposito de Praças do Ultramar.* AHU: 394 | 1N | SEMU | DGU | ` | 1904 | Repartição de Saúde – Ofícios para diversas autoridades e para o depósito de praças do ultramar | ULT |

- Livro de minutas da 5ª Repartição da DGU, 1904. *Offícios para todas as províncias ultramarinas*. AHU: 394 | 1N | SEMU | DGU | ` | 1904 | Repartição de Saúde - Offícios | ULT |
- Livro de minutas da Repartição de Saúde da Direcção Geral do Ultramar, 1905. *Offícios para diversas auctoridades. Notas para o Depósito de Praças do Ultramar*. AHU: 396 | 1N | SEMU | DGU | ` | 1905 | Repartição de Saúde – Offícios para diversas autoridades e para o depósito de praças do ultramar | ULT |
- Ofício de 4 de Novembro de 1931. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |
- Ofício de 19 de Novembro de 1904. AHU: 3356 | 1A | SEMU | DGU | pa | 1904-1905 | Proc.º 1-100 | ULT |
- Ofício de 23 de Fevereiro de 1932. AHU: 39 | 1B | MU | DGAPC | mç | 1928-1938 | Sanidade Marítima, Hosp. Colonial, Soc. Das Nações | GUI MOÇ |
- Ofício nº 4, de 11 de Janeiro de 1904. AHU: 3356 | 1A | SEMU | DGU | pa | 1904-1905 | Proc.º 1-100 | ULT |
- Ofício nº 12, de 27 de Março de 1911. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |
- Ofício nº16, de 21 de Abril de 1911. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |
- Ofício nº 20, de 16 de Maio de 1911. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |
- Ofício nº 25, de 14 de Março de 1932. AHU: 39 | 1B | MU | DGAPC | mç | 1928-1938 | Sanidade Marítima, Hosp. Colonial, Soc. Das Nações | GUI MOÇ |
- Ofício nº 28, de 27 de Junho de 1911. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |
- Ofício nº 45, de 26 de Outubro de 1911. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |
- Ofício nº 48, de 16 de Março de 1911, do Governador da Província de S. Tomé e Príncipe para o Ministro da Marinha e Colónias. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |
- Ofício nº 229, de 3 de Abril de 1911. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |
- Ofício nº 299, de 16 de Julho de 1910. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |
- Ofício nº 316, de 26 de Abril de 1911. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |
- Ofício nº 417, de 25 de Maio de 1911. AHU: 3473 | 1A | MU | DGAPC | mç | 1911-1919 | doença do sono | STP ANG IND |
- Ofício nº 626, de 19 de Julho de 1930. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG | - ID5603)
- Ofício nº 2092, de 5 de Dezembro de 1930. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |
- *Proposta para a promoção a 2º subchefe do serviço de saúde de Angola e S. Tomé e Príncipe*, incluso ao Ofício nº 3399, de 26 de Novembro de 1904, do Governador-geral

da Província de Angola dirigido ao Ministro e Secretário de Estado dos Negócios da Marinha e Ultramar. AHU: 3356 | 1A | SEMU | DGU | pa | 1904-1905 | Proc.º 1-100 | ULT | (documento manuscrito)

- Telegrama nº 331, 3ª parte, de 1 de Abril de 1931. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |
- Telegrama nº 524, 5ª parte, de 24 de Abril de 1931. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |
- Telegrama nº 703, de 17 de Maio de 1930. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |
- Telegrama nº 1294, 1ª parte, de 4 de Novembro de 1930. AHU: 979 | 1H | MU | DGAPC | mç | 1927-1940 | Criação de um fundo de Assistência | ANG |

2. Debates parlamentares e legislação

- Carta de lei de 24 de Abril de 1902. *Diário do Governo*, nº 98, de 3 de Maio de 1902, p. 1209.
- Decreto com força de lei de 27 de Maio de 1911. *Diário do Governo*, nº 126, 31 de Maio de 1911, pp. 2318-2321.
- Decreto de 2 de Agosto de 1902. *Diário do Governo*, nº 178, de 11 de Agosto de 1902, p. 2465.
- Decreto de 21 de Agosto de 1911. *Diário do Governo*, nº 195, de 22 de Agosto de 1911, pp. 3525-3528.
- Decreto de 23 de Agosto de 1911. *Diário do Governo*, nº 197, 24 de Agosto de 1911, pp. 3573-3574.
- Decreto de 24 de Dezembro de 1902. *Diário do Governo*, nº 6, de 9 de Janeiro de 1903, pp. 89-90.
- Decreto de 8 de Outubro de 1910. *Diário do Governo* nº 4, de 10 de Outubro de 1910, p. 17.
- Decreto do Alto Comissariado da República de 27 de Dezembro de 1923. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 4, de 26 de Janeiro de 1924, Série II, p. 38.
- Decreto nº 18.570 de 8 de Julho de 1930. *Diário do Governo*, nº 156, de 8 de Julho de 1930, Série I, pp. 1307-1331.
- Decreto nº 10.278 de 10 de Novembro de 1924. *Diário do Governo*, nº 252, de 10 de Novembro de 1924, Série I, pp. 1655-1656.
- Decreto nº 12.421 de 2 de Outubro de 1926. *Diário do Governo*, nº 220 de 2 de Outubro de 1926, Série I, pp. 1451-1456.
- Decreto nº 15.241, 24 de Março de 1928. *Diário do Governo*, nº 69, de 24 de Março de 1928, Série I, pp. 584-590.
- Decreto nº 17.617 de 13 de Novembro de 1929. *Diário do Governo*, nº 263, de 15 de Novembro de 1929, Série I, p. 2355.
- Decreto nº 214, de 10 de Dezembro de 1922. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 50, de 16 de Dezembro de 1922, Série I, pp. 338-339.
- Decreto Nº 4.392 de 12 de Junho de 1918. *Diário do Governo*, nº 129, 13 de Junho de 1918, Série I, p. 896.

- Decreto nº 7.029, de 16 de Outubro de 1920. *Diário do Governo*, nº 208, de 16 de Outubro de 1920, Série I, pp. 1339-1351.
- Decreto nº 7.096 de 6 de Novembro de 1920. *Diário do Governo*, nº 225, de 6 de Novembro de 1920, Série I, pp. 1541-1543.
- Decreto nº 74, de 17 de Novembro de 1921. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 47, de 26 de Novembro de 1921, Série I, pp. 306-318.
- Decreto-lei nº 20.921, de 22 de Fevereiro de 1932. *Diário do Governo*, nº 44, de 22 de Fevereiro de 1932, Série I, pp. 356-357.
- Decreto-lei nº 26.180, de 7 de Janeiro de 1936. *Diário do Governo*, nº 5, de 7 de Janeiro de 1936, Série I, pp. 9-36.
- Diploma legislativo nº 127 de 12 de Janeiro de 1929. *Boletim Oficial da Colónia de Moçambique*, nº 2, Série I, de 12 de Janeiro de 1929, pp. 13-15.
- Diploma legislativo nº 143, de 17 de Agosto de 1929. *Boletim Oficial da Colónia de Angola*, nº 32, de 17 de Agosto de 1929, Série I, pp. 487-489.
- Diploma legislativo nº 160, de 2 de Setembro de 1929. *Boletim Oficial da Colónia de Angola*, nº 35, de 7 de Setembro de 1929, Série I, pp. 540-541.
- Diploma Legislativo nº 162, de 29 de Novembro de 1930. *Boletim Oficial da Colónia de Angola*, nº 47, de 6 de Dezembro de 1930, Série I, pp. 540-541.
- Diploma Legislativo nº 452, de 20 de Novembro de 1926. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 44, de 20 de Novembro de 1926, Série I, pp. 604-607.
- Diploma Legislativo nº 463 de 9 de Dezembro de 1926. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 50, de 18 de Dezembro de 1926, Série I, pp. 647-652.
- Diploma Legislativo nº 744, de 4 de Março de 1928. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 12, de 24 de Março de 1928, Série I, pp. 112-115.
- Diploma nº 308, de 16 de Abril de 1926. *Boletim Oficial da Província da Guiné*, nº 17, de 24 de Abril de 1926, pp. 233-234.
- Lei nº 12, de 7 de Julho de 1913. *Diário do Governo*, nº 156, de 7 de Julho de 1913, Série I, p. 2509.
- Lei nº 4.271, 8 de Maio de 1918. *Diário do Governo*, nº 106, de 16 de Maio de 1918, Série I, p. 765.
- Lei nº 84, de 25 de Julho de 1913. *Diário do Governo*, nº 172, de 25 de Julho de 1913, Série I, pp. 2767- 2768.
- Portaria da Repartição Superior de Saúde e Higiene de 1 de Fevereiro de 1923. In *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 7, de 17 de Fevereiro de 1923, série II, p. 76.
- Portaria de 19 de Agosto de 1926. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 42, de 16 de Outubro de 1926, Série II, p. 688.
- Portaria de 21 de Fevereiro de 1901. *Diário do Governo*, nº 44, de 25 de Fevereiro de 1901, p. 496.
- Portaria nº 123 de 16 de Junho de 1916. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 25, de 24 de Junho de 1916, Série I, pp. 113-114.
- Portaria nº 137, de 23 de Abril de 1919. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 18, de 3 de Maio de 1919, Série I, p. 111.

- Portaria nº 55-B, 1 de Março de 1919. *Boletim Oficial da Província de Angola*, suplemento ao nº 9 de 1 de Março de 1919, Série I, pp. 14-22.
- Portaria nº 7.053 de 20 de Março de 1931. *Diário do Governo*, nº 66, de 20 de Março de 1931, Série I, pp. 476-477.
- Portaria nº 85, de 10 de Fevereiro de 1911. *Boletim Oficial do Governo da Província de S. Tomé e Príncipe*, nº 7, de 18 de Fevereiro de 1911, pp. 68-70.
- Portaria Provincial nº 42, de 4 de Abril de 1924. *Boletim Oficial da Província de Angola*, nº 11, de 5 de Abril de 1924, Série I, pp. 58-59.
- Sessão da Câmara dos Deputados nº 10, de 16 de Novembro de 1911. *Diário das Sessões da Câmara dos Deputados*, 16 de Novembro de 1911.
- Sessão da Câmara dos Deputados nº 10, de 28 de Janeiro de 1902. *Diário da Câmara dos Senhores Deputados*, 28 de Janeiro de 1902.
- Sessão da Câmara dos Deputados nº 167, de 13 de Novembro de 1912. *Diário das Sessões da Câmara dos Deputados*, 13 de Novembro de 1912.
- Sessão da Câmara dos Deputados nº 24, de 26 de Fevereiro de 1902. *Diário da Câmara dos Senhores Deputados*, 26 de Fevereiro de 1902.
- Sessão da Câmara dos Deputados nº 25, de 28 de Fevereiro de 1902. *Diário da Câmara dos Senhores Deputados*, 28 de Fevereiro de 1902.
- Sessão da Câmara dos Deputados nº 77, de 18 de Março de 1912. *Diário das Sessões da Câmara dos Deputados*, 18 de Março de 1912.
- Sessão da Câmara dos Deputados nº 99, de 30 de Abril de 1912. *Diário da Câmara dos Deputados*, 30 de Abril de 1912.
- Sessão do Senado nº 47, de 20 de Fevereiro de 1913. *Diário do Senado*, 20 de Fevereiro de 1913.
- Sessão do Senado nº 58, de 07 de Março de 1913. *Diário do Senado*, 07 de Março de 1913.
- Sessão do Senado nº 59, de 10 de Março de 1913. *Diário do Senado*, 10 de Março de 1913.

3. Artigos de imprensa

- Almeida, Carlos. 1930. «Carta aberta ao Exmo. Director dos Serviços de Saúde». *A Província de Angola*, de 4 de Abril, pp. 1-2.
- Pina, Adolfo. 1923. «A peste bubónica em Loanda - Analisando os Boletins sanitários e mais literatura médica dos serviços de saúde sobre a epidemia». *A Província de Angola*, 6 de Dezembro, p. 2.
- s/a. 1901. «A doença do somno. Uma bella descoberta». *O Século*, 25 de Setembro, p. 2.
- s/a. 1907. «Doença do somno». *Portugal em África*, vol. 14, nº 14, pp. 150-151.
- s/a. 1923. «Dia-a-dia». *A Província de Angola*, 22 de Novembro, p. 1.
- s/a. 1923. «Saneamento da Cidade». *A Província de Angola*, 1 de Novembro, p. 2.
- s/a. 1924. «Dia-a-Dia». *A Província de Angola*, 3 de Janeiro, p. 1.

- s/a. 1927. «O combate à doença do sono e a assistência ao indígena no enclave de Cabinda». *A Província de Angola*, 13 de Dezembro, p. 1
- s/a. 1927. «Uma entrevista concedeu-no-la o Sr. Dr. Lavrador Ribeiro. Pelos Dembos». *A Província de Angola*, 15 de Novembro, p. 1.
- s/a. 1928. «A Assistência Médica aos Indígenas em Angola - um testemunho de alto valor». *A Província de Angola*, 30 de Outubro, p. 1.
- s/a. 1929. «Assistência médica ao indígena. Um diploma». *A Província de Angola*, 9 de Abril, p. 3.
- s/a. 1930. «Assistência Médica aos Indígenas, a propósito dum estudo de que o encarregou a Sociedade das Nações». *A Província de Angola*, 10 de Janeiro, pp. 1-2.
- s/a. 1930. «Combate à doença do sono». *A Província de Angola*, 11 de Março, p. 2.

4. Obras de referência

- Barreto, António e Maria Filomena Mónica, coord. 1999. *Dicionário de História de Portugal*, vol. 7 (suplemento A/E). Lisboa: Figueirinhas.
- Boahen, Albert Adu, ed. 2010. *História Geral da África*, vol. VII. *África sob dominação colonial, 1880-1935*. Brasília: UNESCO.
- Bynum, W. F. e Roy Porter, eds. 1993. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol. 1, London: Routledge.
- Marques, A. Oliveira, coord. 2001. *O Império Africano 1890-1930*. Vol. XI, Lisboa: Editorial Estampa.
- Mattoso, José, dir. 1994. *História de Portugal*. Vol. 7, Lisboa: Editorial Estampa.
- Rosas, Fernando e Maria F. Rollo, coord. 2009 *História da Primeira República Portuguesa*. Lisboa: Edições Tinta da China (Edição de Bolso).

5. Livros, teses, artigos, relatórios e actas de congressos científicos

- Abranches, Pedro. 2004. *O Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Um Século de História 1902-2002*. Lisboa: Celom.
- Aguiar, António; Cortesão, Armando; Pereira, Artur, Machado, Fernando e Morais, Jaime. 1926. «Projecto de Bases para a Reorganização do Ministério das Colónias». *Boletim da Agência Geral das Colónias*, nº 12, pp. 7-45.
- Albuquerque, Luís, dir. 1989. *Portugal no Mundo*. Vol. VI, Lisboa: Publicações Alfa.
- Alexandre, Valentim, coord. 2000. *O Império Africano (Séculos XIX e XX)*. Lisboa: Edições Colibri.
- Alexandre, Valentim. 1993. «Ideologia, economia e política: a questão colonial na implantação do Estado Novo». *Análise Social*, vol. XXVIII, nº 123-124, 4º e 5º, pp. 1117-1136.
- Alexandre, Valentim. 2000. *Velho Brasil, Novas Áfricas. Portugal e o Império (1808-1975)*. Porto: Edições Afrontamento.
- Almeida, Carlos. 1927. «Os trabalhos das Missões do sono estabelecidas nos distritos do Congo e Zaire, em 1923». *Revista Médica de Angola*, nº 5, pp. 11-98.

- Alves, Manuel. 2011. *A Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa: um olhar sobre a sua história*. 1ª ed., Lisboa: Gradiva.
- Amaral, Isabel. 2008. «The emergence of tropical medicine in Portugal: The School of Tropical Medicine and the Colonial Hospital of Lisbon (1902-1935)». *Dynamis*, 28, p. 321-328.
- Amaral, Isabel. 2012. «Bactéria ou parasita? A controvérsia sobre a etiologia da doença do sono e a participação portuguesa, 1898-1904». *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 19, nº 4, pp. 1275-1300.
- Arnold, David, eds. 1996. *Warm climates and Western Medicine: The emergence of tropical medicine, 1500-1900*. Amsterdam: Rodopi.
- Arnold, David. 1993. *Colonizing the Body. State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*. Berkeley: University of California Press.
- Azevedo, Fraga. s/d. *Cinquenta anos de Actividade do Instituto de Medicina Tropical (24 de Abril de 1902 – 24 de Abril de 1952)*. Lisboa: Oficinas Gráficas Casa Portuguesa.
- Bado, Jean-Paul, 1996. *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960. Lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose*. Paris: Éditions Karthala
- Barata, Óscar. 2005. «Os Congressos Coloniais na Sociedade de Geografia». *Boletim da Sociedade de Geografia de Lisboa*, Série 123ª, nº 1-12, pp. 311-361.
- Barreto, J. Santana. 1925. «Climatologia e nosografia da Guiné Portuguesa». *Boletim da Agência Geral das Colónias*, nº 5, pp. 229-232.
- Barreto, J. Santana. 1926. «Doença do sono da Guiné Portuguesa». *Boletim da Agência Geral das Colónias*, Nº 11, pp. 60-65.
- Barreto, J. Santana. 1928. *Sobre a doença do sono na colónia da Guiné: relatório apresentado em 1927 à direcção de serviços de saúde e higiene*. Bolama: Imprensa Nacional da Guiné.
- Bettencourt, Annibal; Mendes, Annibal C.; Kopke, Ayres e Júnior, José. 1901. *Doença do somno. Relatorios enviados ao ministerio da marinha pela missão scientifica nomeada por portaria de 21 de Fevereiro de 1901*. Lisboa: Imprensa de Libânio da Silva.
- Biagioli, Mario. 2002. «From Book Censorship to Academic Peer Review». *Emergences*, vol. 12, nº 1, pp. 11-45.
- Biagioli, Mario. 2006. *Galileo's Instruments of Credit. Telescopes, Images, Secrecy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Bombarda, Miguel. 1900. «Doença do somno». *A Medicina Contemporânea*, ano XVIII, nº 51, pp. 421-422.
- Bombarda, Miguel. 1901. «A criação d'uma Escola de medicina colonial». *A Medicina Contemporânea*, ano XIX, nº 43, p. 349-351.
- Bourguet, Marie-Noëlle; Christian Licoppe e H. Otto Sibum, eds. 2002. *Instruments, Travel and Science. Itineraries of precision from the seventeenth to the twentieth century*. London: Routledge.
- Boyd, John. 1973. «Sleeping Sickness: The Castellani-Bruce Controversy». *Notes and Records of the Royal Society of London*, vol. 28, nº. 1, pp. 93-110.
- Brunton, Deborah, ed. 2004. *Medicine Transformed. Health, Disease and Society in Europe, 1800-1930*. Manchester: Manchester University Press.

- Bruto da Costa, Bernardo; Sant`Anna, J. Firmino; Santos, António e Álvares, Manuel. 1915. «Relatório Final da Missão da Doença do Sono da Ilha do Príncipe (1912-1914)». *Arquivos de Higiene e Patologia Exóticas*, vol. 5, pp. 1-256.
- Bruto da Costa, Bernardo. 1906. «Estudos sobre a etiologia da febre biliosa hemoglobínurica». *Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas*, vol. 1, nº 2, pp. 218-273.
- Bruto da Costa, Bernardo. 1910. «Casos de Beriberi em S. Tomé». *Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas*, vol. 3, nº 1, pp. 79-88.
- Bruto da Costa, Bernardo. 1939. *Vinte e três anos ao serviço de País no combate às doenças em África*. Lisboa: Livraria Portugália.
- Bruto da Costa, Vasco, 1952. «A Ilha do Príncipe e a doença do sono». *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, vol. IX, nº 3, pp. 727-733.
- Catroga, Fernando. 2000. *O republicanismo em Portugal. Da formação ao 5 de Outubro de 1910*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Cayolla, Lourenço. 1924. «Organização do Ministério das Colónias». *Teses e Actas das Sessões do II Congresso Colonial Nacional, de 6 a 10 de Maio de 1924*. Lisboa: Tipografia e papelaria América.
- Coluzzi, Maio; Gabriel Gachelin; Anne Hardy e Annick Opinel, eds. 2008. *Parassitologia*, vol. 50, nº 3-4.
- Cook, Gordon. 2007. *Tropical Medicine: An Illustrated History of the Pioneers*. London: Academic Press.
- Corfield, Penelope, 1995. *Power and the professions in Britain, 1700-1850*. London: Routledge.
- Cruz, Duarte, coord. 2009. *Estratégia Portuguesa na Conferência de Paz, 1918-1919. As actas da Delegação Portuguesa*. Lisboa: FLAD.
- Cunningham, Andrew e Perry Williams, eds. 1992. *The laboratory revolution in medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daughton, James. 2006. *An Empire Divided: Religion, Republicanism, and the Making of French Colonialism, 1880–1914*. New York: Oxford University Press.
- Farley, John. 1991. *Bilharzia. A history of Imperial Tropical Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ferreira, F. Cruz. 1960. «História da doença do sono na Guiné portuguesa, III. período de 1901 a 1926». *Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*, vol. XV, nº 58, pp. 325-357.
- Ferro, Marc, 1996. *História das Civilizações. Das Conquistas às independências - sécs. XIII-XX*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Foeken, Dick. 1995. «On the causes of the partition of central Africa, 1875-85». *Political Geography*, vol. 14, nº 1, pp. 80-100.
- Franco, Manuela, coord. 2006. *Portugal, os Estados Unidos e a África Austral*. Lisboa: FLAD, IPRI e UNL.
- Garcia, Francisco. 1905. «Apontamentos sobre a etiologia e tratamento da doença do somno». *Medicina Moderna*, ano IV, nº 136, pp. 288-290.
- Garcia, Francisco. 1905. «Contribuição para o tratamento da doença do somno - 2ª comunicação - Estado da questão em 31 de Dezembro de 1904». *Portugal em África*, ano 12, nº 134, p. 61-71.

- Garcia, José. 2004. *A Sociedade de Geografia de Lisboa e a propaganda colonial em Portugal no final do Século XIX*. Guarda: ESEG Publicações.
- Garnel, Maria Rita. 2003. «O poder intelectual dos médicos nos finais do século XIX». *Separata da Revista de História das Ideias*, vol. 24, pp. 213-253.
- Garrett, T. Almeida. 1924. «Funcionalismo Colonial. Seu recrutamento». *Teses e Actas das Sessões do II Congresso Colonial Nacional, de 6 a 10 de Maio de 1924*. Lisboa: Tipografia e papelaria América.
- Gleim, Otto. 1900. «Berichte uber die Schlafkrankheit der Neger im Kongogebiete». *Archiv fur Schiffs-und Tropen-Hygiene*, nº 6, pp. 358-363.
- Gomes, Ferreira. 1990. «A reforma universitária de 1911». *Revista de História das Ideias*, vol. 12, pp. 269-299.
- Guevara, Gisela, 2006. *As Relações entre Portugal e a Alemanha em torno da África. Finais do Século XIX e Inícios do Século XX*. Lisboa: Instituto Diplomático e Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- Guimarães, Ângela. 1984. *Uma corrente do colonialismo português. A Sociedade de Geografia de Lisboa, 1875-1895*. Porto: Livros Horizonte.
- Harrison, Mark. 1994. *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine, 1859-1914*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Haynes, Douglas. 2001. *Imperial Medicine. Patrick Manson and the Conquest of Tropical Diseases*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Herbst, Jeffrey, 2000. *States and Power in Africa. Comparative lessons in authority and control*. Princeton: Princeton University Press.
- Hoppe, Kirk. 2003. *Lords of the fly. Sleeping Sickness Control in British East Africa, 1900-1960*. Westport, Connecticut: Praeger.
- Jasanoff, Sheila, eds. 2004. *States of Knowledge. The co-production of science and social order*. London: Routledge.
- Jasanoff, Sheila. 1990. *The Fifth Branch: Science Advisers as Policymakers*. Cambridge: Harvard University Press.
- Jerónimo, Miguel. 2009. *Livros Brancos e Almas Negras. A «missão civilizadora» do colonialismo português c. 1870-1930*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Kopke, Ayres. 1901. «Ensino de pathologia colonial». *A Medicina Contemporânea*, vol. XIX, nº 11, p. 86.
- Kopke, Ayres. 1904. «Bacteriologia e Parasitologia Tropical». *A Medicina Contemporânea*, ano XXII, nº 20, 21, 22, pp. 163-164, 169-172, 178-179.
- Kopke, Ayres. 1905. «Investigações sobre a doença do somno.» *Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas*, vol. 1, fasc. 1, pp. 1-65.
- Kopke, Ayres. 1906. «Trypanosomiase humaine». *Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas*, vol. 1, fasc. 2, p. 159-188.
- Kopke, Ayres. 1909. «Traitement de la Trypanosomiase Humaine». *Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas*, vol. 2, fasc. 2, pp. 219-270.
- Kopke, Ayres. 1911. «Sobre a doença do somno (progressos na etiologia, tratamento e prophylaxia)». *A Medicina Contemporânea*, ano XXIX, nº 29, pp. 225-230.
- Kopke, Ayres. 1914. «A Escola de Medicina Tropical de Lisboa». *A Medicina Contemporânea*, nº 17, p. 134-137.

- Kopke, Ayres. 1916. *Estudo da doença do sono. Memoria premiada no concurso de 1915 e apresentada sob a divisa: Therapia Sterilisan Magna pelo Dr. Ayres Kopke á Commissão de Protecção aos Indígenas das Colónias Portuguesas*. Lisboa: Sociedade de Geografia de Lisboa.
- Kopke, Ayres. 1925. «A Conferência Internacional sobre a Doença do Sono (Maio de 1925)». Relatório apresentado a Sua Ex.^a o Ministro das Colónias». *Boletim da Agência Geral das Colónias*, nº 5, pp. 68-95.
- Kopke, Ayres. 1926. «A Conferência Internacional sobre a Doença do Sono (Maio de 1925)». Relatório apresentado a Sua Ex.^a o Ministro das Colónias. *Arquivos de Higiene e Patologia Exóticas*, vol. VII, pp. 501-519.
- Kopke, Ayres. 1928. «Estudos executados pela missão médica em Moçambique». *A Medicina Contemporânea*, ano XLVI, nº 28-33, pp. 223-228, pp. 230-236, pp. 239-244, pp. 251-252, pp. 257-259, p. 265.
- Kopke, Ayres. 1928. «Relatório sobre a Doença do sono em Moçambique». In *Boletim Geral das Colónias*, Vol. IV, nº 37, 1928, pp. 79-110.
- Kopke, Ayres. 1930. *Investigation on Human Trypanosomiasis in Mozambique. Report submitted to the 2 International Conference on sleeping-sickness (Paris, November 5th to 7th, 1928)*. Geneva: League of Nations publications.
- Latour, Bruno. 1988. *The Pasteurization of France*. Cambridge: Harvard University Press.
- Laveran, Alphonse e Mesnil, Félix. 1902. «Recherches sur le traitement et la prévention du Nagana». *Annales de l'Institut Pasteur*, ano 16º, nº 11, pp. 785-817.
- Lemaire, Gerard; Roy Macleod; Michael Mulkay e Peter Weingart, eds. 1976. *Perspectives on the Emergence of Scientific Disciplines*, Paris: The Hague.
- Lemos, Virgílio. 1934. «Administração Geral das colónias». *Actas das Sessões e Teses do III Congresso Colonial Nacional, de 8 a 15 de Maio de 1930*. Lisboa: Tipografia e papelaria Carmona.
- Lencastre, António. 1905. «Ensino de Medicina Colonial». *Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas*, vol. 1, fasc. 1, p. I-XIII.
- Li, Shang-Jen. 2002. «Natural History Of Parasitic Disease: Patrick Manson's Philosophical Method». *Isis*, vol. 93, nº 2, pp. 206-228.
- Lima, A. Lisboa. 1934. «A autonomia administrativa e financeira das colónias portuguesas sob a superintendência e fiscalização do Governo Central». *Actas das Sessões e Teses do III Congresso Colonial Nacional, de 8 a 15 de Maio de 1930*. Lisboa: Tipografia e papelaria Carmona.
- Lopo, Castro. 1952. *Para a História do Jornalismo de Angola*. Luanda: Edição do Museu de Angola.
- Lyons, Marynez. 1992. *The Colonial Disease: A Social History of Sleeping Sickness in Northern Zaire, 1900-1940*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Macedo, José. 1910. *Autonomia de Angola. Estudo de administração colonial*. Lisboa: Tipografia Leiria.
- Macleod, Roy e Milton Lewis, eds. 1988. *Disease, Medicine and Empire. Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion*. London: Routledge.
- Magalhães, José. 1906. «Étude, au point de vue thérapeutique, de la perméabilité méningée dans la trypanosomiase humaine». *XV Congrès International de Médecine*, fasc. 2, pp. 304-307.

- Magalhães, José. 1906. «Troubles cérébelleux et bulbaires dans la maladie du sommeil». *XV Congrès International de Médecine*, fasc. 1, pp. 343-348.
- Malowany, Maureen, 2000. «Unfinished Agendas: Writing the History of Medicine of Sub-Saharan Africa». *African Affairs*, vol. 99, nº 395, pp. 325-350.
- Manson, Patrick e Daniels, Charles. 1903. «Remarks on a case of trypanosomiasis». *The British Medical Journal*, vol. 1, nº 2213, pp. 1249-1252.
- Manson, Patrick. 1904. «Sem título». *The British Medical Journal*, vol. 2, nº 2277, p. 379.
- Martin, Gustave ; Leboeuf, Alexis e Roubaud, Émile. 1909. *Rapport de la Mission d'Études de la Maladie du Sommeil au Congo Français, 1906-1908*. Paris: Masson & Cie. Éditeurs.
- Matos, Norton. 1926. *A Província de Angola*. Porto: Edição de Maranus.
- Matos, Norton. 1944. *Memórias e trabalhos da minha vida*. Vol. III, 2ª edição, Lisboa: Editora Marítimo-Colonial, Lda.
- Mello, I. Froilano de. 1918. «Introdução (carta à direcção da Escola de Medicina Tropical)». *Arquivos de Higiene e Patologia Exóticas*, vol. 6, pp. 2-16.
- Melo, Borges. 1999. *História da imprensa de Angola*. Rio de Janeiro: Semana Ilustrada Editorial.
- Mendes, A. Correia; Monteiro, A. Silva; Mora, A. Damas e Bruto da Costa, Bernardo. 1909. «La maladie du sommeil a L'Île du Prince. Rapport Présenté au Ministère de la Marine et des Colonies». *Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas*, vol. 2, fasc. 2º, pp. 271-350.
- Mendes, Annibal. 1905. «Glossinas de Angola». *Archivos de Higiene e Pathologia Exoticas*, vol. 1, nº 1, pp. 66-71.
- Mendes, Annibal. 1907. «Subsidio para a prophylaxia da doença do somno em Angola - Distribuição Geographica das Glossinas no districto de Loanda». *Archivos de Higiene e Pathologia Exoticas*, vol. 1, nº 3, pp. 392-401.
- Monteiro, Armindo. 1933. «Directrizes duma política ultramarina». *Boletim Geral das Colónias*, ano IX, nº 97, pp. 11-33.
- Mora, A. Damas. 1921. «Circular da Repartição Superior de Saúde e Higiene aos Srs. Delegados e Subdelegados de Saúde da Província de Angola». *Revista Médica de Angola*, suplemento ao nº 1, pp. 5-8.
- Mora, A. Damas. 1921. «Duas palavras de justificação». *Revista Médica de Angola*, nº 1, pp. 5-7.
- Mora, A. Damas. 1921. «Projecto de Reorganização dos Serviços de Saúde da Província de Angola. Relatório». *Revista Médica de Angola*, suplemento ao nº 1, pp. 9-24.
- Mora, A. Damas. 1923. «La raison d'être des Congrès de Médecine dans L'Ouest-Africain. Allocution prononcée à la séance solennelle du Premier Congrès de Médecine Tropicale de l'Afrique Occidentale». *Revista Médica de Angola - Número Especial Consagrado ao Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental*, vol. 1, nº 4, pp. 49-59.
- Mora, A. Damas. 1928. «L'Assistance Médicale Indigène». *Boletim da Assistência Médica aos Indígenas e da Luta contra a Moléstia do Sono*, vol. II, nº 1-8, pp. 1-13.

- Mora, A. Damas. 1928. «Os serviços de Saúde em Angola e a Obra de Assistência Médica aos Indígenas». *Boletim da Assistência Médica aos Indígenas e da Luta Contra a Moléstia do Sono*, vol. II, nº 9, pp. 87-94.
- Mora, A. Damas. 1930. «O estado actual da assistência médica aos indígenas na colónia de Angola e outras colónias estrangeiras do grupo da África intertropical» *Actas das Sessões e Teses do III Congresso Colonial Nacional*. Lisboa: Tipografia e Papelaria Carmona.
- Mora, A. Damas. 1934. *Relatório da Direcção dos Serviços de Saúde e Higiene de Angola. Nº II. A luta contra a Moléstia do Sono em Angola (1921-1934)*. Luanda: Serviço de Saúde e Higiene de Angola.
- Neill, Deborah, 2012. *Networks in Tropical Medicine. Internationalism, Colonialism, and the Rise of a Medical Specialty, 1890–1930*. Stanford: Stanford University Press.
- Neves, J. Silva e Almeida, Eurico. 1934. «Projecto-regulamento da profilaxia da doença do sono em Angola.» *Actas das Sessões e Teses do III Congresso Colonial Nacional*, Lisboa: Tipografia e Papelaria Carmona.
- Neves, J. Silva. 1921. «Serviços de Saúde Distritais». *Revista Médica de Angola*, nº 1, pp. 167-177.
- Newitt, Malyn, 1997. *História de Moçambique*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Nóvoa, António. 1988. «A República e a Escola: das intenções generosas ao desengano das realidades». *Revista Portuguesa de Educação*, vol. 1, nº 3, pp. 29-60.
- Péliissier, René. 1997. *História das Campanhas de Angola. Resistência e Revoltas 1845-1941*. Vol. 1., 2ª Edição, Lisboa: Editorial Estampa.
- Pereira, Artur; Botelho, Luiz e Soares, Jorge. 2006. *A Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa e os seus Presidentes (1835-2006)*. Lisboa: Fundação Oriente
- Pimenta, Fernando. 2005. *Branco de Angola: autonomia e nacionalismo (1900-1961)*. Coimbra: Minerva.
- Pimenta, Fernando. 2008. *Angola, Os brancos e a independência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Pinto, António Costa e Nuno Severiano Teixeira, coord. 2000. *A Primeira República Portuguesa. Entre o Liberalismo e o Autoritarismo*. Lisboa: Colibri.
- Pinto, Filipa; Teixeira, Filipa; Almeida, João e Gabriel, Tiago. 2013. «Damas Mora, António (1879-1949)». In *Dicionário dos Médicos Portugueses*, coord. Madalena Esperança Pina, <http://medicosportugueses.blogs.sapo.pt/1350.html>, 26-10-2013, 00:33
- Pinto, J. Vitorino. 1929. «Algumas notas sobre a nosologia da Guiné». *Boletim da Agência Geral das Colónias*, nº 44, pp. 57-98.
- Pita, João R. e Ana L. Pereira, coord. 2006. *Rotas da Natureza. Cientistas, viagens, expedições, instituições*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Porter, Dorothy. 1999. *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*, London: Routledge.
- Power, Helen. 1999. *Tropical Medicine in the Twentieth Century. A History of the Liverpool School of Tropical Medicine, 1898-1990*. London: Kegan Paul Internacional.
- Prates, Manuel. 1943. «A Escola e o Instituto de Medicina Tropical. Suas novas instalações». *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, vol. 1, fasc. 1, pp. 1-11.

- Ribeiro, Pedro. 2002. *A Emergência da Medicina Tropical em Portugal (1887-1902)*. Tese de Mestrado, Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa.
- Rosenberg, Charles e Janet Golden, eds. 1992. *Framing Diseases. Studies in Cultural History*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Rudwick, Martin. 1985. *The Great Devonian Controversy. The Shaping of Scientific Knowledge among Gentlemanly Specialists*. Chicago: The University Of Chicago Press.
- s/a. 1900. «Doença do Somno - representação dirigida ao governo pela Sociedade das Sciencias Medicas». *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, vol. LXIV, nº 7 a 12, p. 267
- s/a. 1900. «Doença do somno». *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, vol. LXIV, nº 7-12, p. 259.
- s/a. 1900. «Institutos coloniais». *A Medicina Contemporânea*, ano XVIII, nº 43, p. 357
- s/a. 1902. «Escola portuguesa de medicina tropical». *A Medicina Contemporânea*, ano XX, nº 35, 1902, pp. 278-280.
- s/a. 1902. *Actas das Sessões do I Congresso Colonial Nacional*, Lisboa: A Liberal – Oficina Tipográfica.
- s/a. 1903. «The etiology of Sleeping Sickness». *The British Medical Journal*, vol. 2, nº 2238, pp. 1343-1350.
- s/a. 1906. «Os últimos trabalhos de Koch. A doença do somno vencida...». *A Medicina Contemporânea*, ano XXIV, nº 52, pp. 409-411.
- s/a. 1907. «Acta da sessão de 29 de Dezembro de 1906 da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa». *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, vol. LXXI, nº 1, p. 38.
- s/a. 1907. «Tratamento da doença do somno». *A Medicina Contemporânea*, ano XXV, nº 13, pp. 100-101.
- s/a. 1907. *Instruções para a Missão Medica encarregada do Estudo da Doença do Somno na Ilha do Príncipe elaboradas pela Escola de Medicina Tropical. Portaria de 1 de Junho de 1907*. Lisboa: Imprensa Nacional.
- s/a. 1907. *Proceedings of the First International Conference on the Sleeping Sickness, held at London in June 1907: Presented to Both Houses of Parliament by Command of His Majesty. October 1907*. London: H. M. Stationery Office.
- s/a. 1913. *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa, Ano de 1912*. Lisboa: Imprensa Nacional.
- s/a. 1916. *Anuário colonial*. Lisboa: Imprensa Nacional.
- s/a. 1920. «Escola de Medicina Tropical». *A Medicina Contemporânea*, ano XXXVIII, nº 3, p. 17.
- s/a. 1923. «Souvenir du Congrès». In *Revista Médica de Angola*, nº especial consagrado ao Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental, nº 5, fasc. II, p. 44.
- s/a. 1924. *Rapport Provisoire sur la Tuberculose et la Maladie du Sommeil en Afrique Équatoriale, présenté au Comité d'hygiène, le 26 mai 1923*. Genève: Société des Nations.
- s/a. 1928. «A nova fase do “Boletim”». *Boletim da Assistência Médica aos Indígenas e da Luta contra a Moléstia do Sono*, vol. II, nº 9, p. 117-121.

- s/a. 1929. *Comptes Rendu du Congrès International de Médecine Tropicale et d'Hygiène, Le Caire, Egypte, Décembre, 1928. Haut Patronage de sa Majesté le Roi Fouad I.* Tomo I, Caire: Imprimerie Nationale.
- s/a. 1930. *Anuário Colonial de 1927-1929.* Lisboa: Imprensa Nacional.
- s/a. 1932. *Trabalhos de investigação científica realizados em 1932.* Lisboa: Ministério das Colónias.
- s/a. 1926. «Procès-verbaux de la Conférence internationale de la maladie du sommeil – réunie á Londres, au Ministère des Colonies, du 19 au 22 mai 1925». *Arquivos de Higiene e Patologia Exóticas*, vol. VIII, pp. 521-566.
- Sant'Anna, J. Firmino. 1923. «O problema da assistência médico-sanitária ao indígena em África». *Revista Médica de Angola - Número especial consagrado ao Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental*, vol. 2, nº 5, pp. 73-178.
- Santos, Maria Emília Madeira e Manuel Lobato, coord. 2006. *O domínio da distância: comunicação e cartografia.* Lisboa: Instituto de Investigação Científica Tropical.
- Sardica, José Miguel. 2012. «O poder visível: D. Carlos, a imprensa e a opinião pública no final da monarquia constitucional». *Análise Social*, vol. 203, nº xlvii, pp. 344-368.
- Sardica, José, coord. 2010. *A Primeira República e as Colónias Portuguesas.* Lisboa: CEPCEP e EPAL.
- Serrão, José Vicente; Magda de Avelar Pinheiro; Maria de Fátima Sá e Melo Ferreira, org. 2009. *Desenvolvimento Económico e Mudança Social. Portugal nos últimos dois séculos. Homenagem a Miriam Halpern Pereira.* Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Shapin, Steven e Schaffer, Simon. 1985. *Leviathan and the Air-Pump. Hobbes, Boyle, and the Experimental Life.* Nova Jersey: Princeton University Press.
- Shapin, Steven. 1994. *A Social History of Truth. Civility and Science in Seventeenth-Century England.* Chicago: Chicago University Press.
- Shapiro, Martin, 1983. *Medicine in the Service of Colonialism: Medical care in Portuguese Africa, 1885-1974.* Tese de Doutoramento, Los Angeles: University of California.
- Silva, Mattos. 1900. «Doença do somno em Angola». *A Medicina Contemporânea*, ano XVIII, nº 51, p. 422-23.
- Sousa, A. Teixeira. 1912. *Para a História da Revolução.* Vol.1, Coimbra: Livraria Editora Moura Marques e Paraísos.
- Stepan, Nancy. 2001. *Picturing Tropical Nature.* London: Reaktion Books.
- Stoler, Ann Laura e Frederick Cooper, eds. 1997. *Tensions of Empire. Colonial Cultures in a Bourgeois World.* Los Angeles: University of California Press.
- Teixeira, Nuno Severiano. 1990. *O Ultimatum Inglês. Política externa e política interna no Portugal de 1890.* Lisboa: Publicações Alfa.
- Vail, Leroy. 1976. «Mozambique's Chartered Companies: The Rule of the Feeble». *The Journal of African History*, vol. 17, nº 3, pp. 389-416.
- Velho, L. Assunção. 1921. «A Tripanossomose Humana em Angola (Relatórios, etc.)». *Revista Médica de Angola*, nº 2, pp. 7-196.
- Weindling, Paul, ed. 1995. *International Health Organizations and Movements, 1918-1939.* New York: Cambridge University Press.

- Wilkinson, Lise e Hardy, Anne. 2001. *Prevention and Cure. The London School of Hygiene and Tropical Medicine. A 20th Century Quest for Global Public Health*. London: Kegan Paul.
- Wolferstan, Thomas. 1905. «Some experiments in the treatment of trypanosomiasis». *The British Medical Journal*, vol. 2317, pp. 1140-1143.
- Worboys, Michael. 2000. *Spreading Germs. Disease Theories and Medical Practice in Britain*. Cambridge: Cambridge University Press.